

# Courrier au BMS

## Das EPD kommt – kommt nicht – kommt – kommt nicht

Auf der Website des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) ist zu lesen: «Das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier regelt die Rahmenbedingungen für die Einführung und Verbreitung des elektronischen Patientendossiers und tritt am 15. April 2017 in Kraft.»

Es ist wichtig und gut, pro Person schweizweit ein einziges Patientendossier zu führen, mit aktuellen Diagnosen, aktueller Behandlung und wesentlichen Befunden (Labor, EKG, weitere Untersuchungsresultate). Nicht geklärt ist, wer die Datenhoheit hat. Welche medizinische Fachperson trägt mit der Patientin die Verantwortung für den Inhalt des EPDs? Dies ist eine hausärztliche Aufgabe. Die schweizerischen Hausärzte müssen in diese Fragen einbezogen werden.

Auf der Website [www.e-health-suisse.ch/startseite.html](http://www.e-health-suisse.ch/startseite.html) ist viel Material zum EPD zu finden. Im Untermenü «Technik und Semantik» sind interessante Themen (Technische Interoperabilität, Architektur EPD Schweiz, Technische Standards, eHealth Connector, EPD-Referenzumgebung, AG Technisch-Semantische Integration, Semantische Interoperabilität, Gremien zur Semantik, Semantische Standards, EPD-Projectathon, Programmierhilfen EPD). Projectathon sind Bewerbungsverfahren, bei welchen diverse Anbieter (unter anderem Post AG und Swisscom) mitmachen. Die Semantik ist ein Teilgebiet der Linguistik, das sich mit den Bedeutungen sprachlicher Zeichen und Zeichenfolgen befasst – welche Bedeutung die Semantik bei der Einführung des EPD hat, ist schwer verständlich.

Basel gab für die Einführung des EPD 3 Millionen Franken aus, dann starb das Projekt vorzeitig. Junge Arztkollegen meinten zu diesem Projekt-EPD, es sei eine Art schlechte Dropbox [1]. In Zürich wird aktuell um das EPD gestritten – nachdem sich Basel für die Einführung des EPD Zürich anschliessen wollte. In Zürich wurden anscheinend 3,75 Millionen Franken ausgegeben und nun ist ein heftiger Streit entbrannt [2]. Weitere Skandale, die das EPD direkt oder indirekt betreffen: In Deutschland sind Millionen von Patientendaten im Internet aufgetaucht [3]. Die Swisscom hat Hunderten ihrer Kunden die Daten gelöscht [4].

Das in der Arztpraxis brauchbare EPD ist einfach aufgebaut (wenig Mausklicks, gute Übersicht, einfache Erfassung der Medikation). Ein umständliches Programm führt zu verstärkter Ermüdung, zu muskulären Verspannungen und ist enorm belastend. Nur ein cleveres Programm entlastet die tägliche Arbeit.

Vor der definitiven Einführung des EPD muss die Ärzteschaft umfassend informiert werden, was auf sie zukommen wird. In einem Probelauf in Praxen, beispielsweise 1000 Hausarztpraxen, muss ausgewertet werden, welchen zeitlichen und kräftemässigen Daueraufwand die tägliche Pflege des EPDs verursacht.

Es geht beim EPD um viel Geld, tatsächlich aber geht es zuerst um die ärztliche Arbeit, und diese soll erleichtert werden, jedoch nicht zusätzlich erschwert werden. Das EPD muss sich in der Arztpraxis bewähren, nicht in der Theorie und nicht an der Aktienbörse.

*Dr. med. Manfred Bucherberger, Binningen*

*Dr. med. Peter Buess-Siegrist, Basel*

- <https://www.bazonline.ch/basel/stadt/engelbergers-vorzeigeprojekt-am-ende/story/20278731>
- <https://www.tagesanzeiger.ch/wirtschaft/standardnatalie-rickli-wirft-ihrem-vorgaenger-unbefugtes-handeln-vor/story/15392966>
- [https://www.doccheck.com/de/detail/articles/23390-datenleck-spahn-beschuldigt-aerzte?utm\\_source=DC-Newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=Newsletter-DE-DocCheck%20News%2019.38%20\(Freitag\)-2019-09-20&utm\\_content=asset&utm\\_term=article](https://www.doccheck.com/de/detail/articles/23390-datenleck-spahn-beschuldigt-aerzte?utm_source=DC-Newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=Newsletter-DE-DocCheck%20News%2019.38%20(Freitag)-2019-09-20&utm_content=asset&utm_term=article)
- <https://www.nzz.ch/wirtschaft/swisscom-verliert-cloud-daten-bei-einigen-hundert-kunden-ld.1495530>

## Replik auf: Das EPD kommt

Brief zu: Bucherberger M, Buess-Siegrist P. Das EPD kommt – kommt nicht – kommt – kommt nicht. Schweiz Arzteztg. 2019;100(43):1416.

Sehr geehrter Herr Bucherberger, sehr geehrter Herr Buess-Siegrist

Es freut uns, dass Sie ein schweizweit einheitliches elektronisches Patientendossier (EPD) für «wichtig und gut» halten. Ab Frühjahr 2020 müssen alle Spitäler dem EPD angeschlossen sein – für den ambulanten Bereich ist bisher keine Pflicht zur Teilnahme vorgesehen. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist es wünschenswert, dass sich insbesondere die Hausärzte ebenfalls so rasch wie möglich anschliessen. Umfassende Informationen zum EPD finden Sie auf unseren Websites (siehe unten). Wir sehen es aber auch als Aufgabe der Berufsverbände, ihre Mitglieder zu informieren.

Das EPD ersetzt nicht die interne Krankengeschichte, sondern es enthält nur jene Unterlagen, die für die weitere Behandlung relevant sind. Die Inhalte des EPD werden massgeblich geprägt von den Berufsverbänden der Ge-

sundheitsfachpersonen, die sich in der «Interprofessionellen Arbeitsgruppe» (IPAG) organisiert haben. Auch die FMH ist Mitglied der IPAG.

Ob das EPD in der Arztpraxis brauchbar sein wird, hängt von mehreren Faktoren ab. Grundsätzlich ist es wichtig, dass im EPD vor allem die wirklich relevanten Unterlagen abgelegt werden. Dazu gehören insbesondere Berichte, Befunde, Überweisungen, eine Medikationsliste oder der Impfausweis. Für das Verhindern von zu vielen Mausklicks sind vor allem die Hersteller der Primärsysteme gefordert. Die Ärzte und ihre Dachverbände sind gut beraten, sich bei den Firmen für eine tiefe Integration in die elektronische Krankengeschichte einzusetzen, damit das EPD einfach bedient werden kann.

Die im Leserbrief erwähnten «Streitigkeiten» oder «Skandale» müssen differenziert angeschaut werden. Das EPD ist kein nationales Grossprojekt, vielmehr werden mehrere dezentrale Umsetzungen zu einem nationalen EPD vernetzt. Anbieter eines EPD sind organisatorische Zusammenschlüsse von Gesundheitsfachpersonen und ihren Einrichtungen, sogenannte «Gemeinschaften». Dass es beim Aufbau dieser Strukturen auch Nebengeräusche geben kann, gehört bei einem innovativen Vorhaben dazu. Sehr unerfreulich sind dagegen Nachrichten über Patientendaten, die gestohlen werden oder öffentlich zugänglich sind. Sehr häufig liegt die Ursache allerdings in den Primärsystemen der Behandelnden. Für die Ärzteschaft hat die FMH unlängst Empfehlungen zum IT-Grundschutz publiziert. Beim EPD als sogenanntem «Sekundärsystem» gibt es strenge Auflagen. Dafür sorgen das Datenschutzgesetz und das Bundesgesetz zum EPD. Jeder Anbieter des EPD wird umfassend geprüft, zertifiziert und regelmässig kontrolliert.

Die Datenhoheit über die Dokumente im EPD ist geklärt. Das Dossier gehört den Patientinnen und Patienten. Es ist deren Entscheidung, wie es gepflegt wird. Mit der Vergabe von Zugriffsrechten und Vertraulichkeitsstufen können sie viele Elemente selber beeinflussen. Es ist aber davon auszugehen, dass viele Menschen froh sind um eine fachliche Begleitung – zum Beispiel durch ihren Hausarzt. Der Aufwand für die Einsicht ins EPD oder das Ablegen von Dokumenten nach einer Behandlung ist mit den heutigen Tarifen gedeckt, nicht aber eine regelmässige Pflege der Inhalte.

Vermutlich wird es bei der Dossierpflege nicht die Lösung geben, sondern es werden sich verschiedene Modelle entwickeln. Es ist zum

Beispiel denkbar, dass die Dossierpflege in Zukunft als Dienstleistung der «Gemeinschaften» angeboten wird. Die Ärzteschaft ermuntern wir, sich in diese Diskussionen in der EPD-Gemeinschaft ihrer Region einzubringen. Ein separater Probelauf in den Hausarztpraxen ist dafür nicht notwendig.

*Adrian Schmid*

*Leiter eHealth Suisse*

*Kompetenz- und Koordinationsstelle von  
Bund und Kantonen*

Weitere Infos:

[www.patientendossier.ch](http://www.patientendossier.ch)

[www.e-health-suisse.ch](http://www.e-health-suisse.ch)

## Engagement für eine zeitgemässe Medizin statt eine Tariffrent

Brief zu: Saxer U. Neues von der Tariffrent. Schweiz Ärztezg. 2019;100(36):1201-3

Die Missstände im Bereich der Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen über den TAR-MED sind unbestritten. Die Frage, ob bestehende Verzerrungen in der Tarifierung mit einem TARDOC gelöst werden, ist jedoch offen. Dessen Prüfung auf handwerkliche Güte obliegt dem BAG. Allen Spekulationen zu den Gründen der Uneinigkeit der unterschiedlichen Akteure zum Trotz wird hier sachlich geprüft werden können. Einzelnen, immer den anderen, Tarifpartnern für die aktuellen Blockaden im Tarifbereich die Verantwortung zuzuschreiben wäre jedoch kurz gegriffen. Vielmehr sollte sich die FMH grundsätzlich fragen bzw. hinterfragen, welche Medizin mit einem neuen Tarifmodell in Zukunft gefördert werden soll.

In einer Logik TARDOC kann weiterhin mit Unnötigem und mit Leistungen an «nicht allzu kranke Patienten» Geld verdient werden; ohne eine durchsetzbare Kontrolle dessen, was zweckmässig, Patienten-gerecht und damit auch effizient wäre. Notwendig wäre ein System, in dem gut ausgebildete Ärzte primär fürs Mitdenken und für den Dialog mit dem Patienten bezahlt werden, auch wenn man im individuellen Patientenfall zum Schluss kommt, nichts zu machen. So kann auch honoriert werden, wenn bewusst eine zurückhaltende Behandlungsstrategie (Hausmittel, «wait and see» bis hin zu palliativer Begleitung) gewählt wird.

Eine Grundlage hierzu wäre eine medizinische Bedarfsabschätzung, die eine medizinische sowie eine betriebswirtschaftliche Bewertung des Notwendigen und eine Pauschalierung von Leistungen erlaubt. Diese Art der Pauschalierung wird letztlich der Summe der behandelten Patienten gerechter, weil die

richtigen Anreize für eine zweckmässige Medizin gesetzt werden. Eine darauf aufbauende Tarifierung und Finanzierung der ärztlichen Leistungen wird auch für den einzelnen Arzt fairer. Das Arzt-Patient-Verhältnis und die Therapiefreiheit stünden weiterhin an erster Stelle bzw. können mit einfachen Regularien untermauert werden. Die Kostenträger sollten den Ärzten nicht über die Schulter schauen müssen, sondern vertrauen können. Mit dem Blick auf die Gesamtheit bzw. das Zusammenspiel der ambulanten und stationären Leistungen kann die oben genannte Bedarfsabschätzung die Zuordnung von mehr finanziellen Ressourcen – genau dort, wo Mehrbedarf entsteht – objektiv begründen. Zum Beispiel für den ambulanten Bereich der Grundversorgung aufgrund der Demographie oder rein regulatorisch durch die Prämisse «ambulant vor stationär» (AvoS). Nur weil in den letzten Jahren hier immer mehr Kosten das System belastet hatten, erklärt das in einem System der Einzelleistungen nach TAR-MED oder TARDOC gerade nicht, dass auch mehr notwendig war. Dass der Bund bei den heutigen, ungeklärten Kostensteigerungen korrigierend eingreift, ist verständlich. Daran würde sich unter TARDOC wenig ändern. Neben den Fragen zur Tarifstruktur stehen weitere Fragen zur Finanzierungsbeteiligung der Kantone (EFAS) an. Erschwerend kommt ein Wildwuchs an (Tele-, Apotheken-, Komplementär-, Wellness-, Migros-)Gesundheitsdienstleistungen dazu, die teils ohne Regulierung mit der ärztlichen Leistung konkurrieren. Es fehlt an Marktregeln gemäss dem Motto «same business, same risks, same rules» mit Blick auf die Gesamtheit der Gesundheitsdienstleistungen in der Schweiz. In Kombination mit dem falschen Tarif- und Finanzierungssystem produzieren wir sonst eine Mehrklassenmedizin, ungleiche oder schlechte Qualität.

*Simon Hölzer, Bern*

### Interessenbindung

Der Autor ist Geschäftsführer der SwissDRG AG, welche die Tarifstrukturen für stationäre Leistungen (eingeführt in der Akutsomatik und Psychiatrie, in Erarbeitung für die Rehabilitation) verantwortet. In dieser Funktion arbeitet er mit den Tarifpartnern und Kantonen auch an Anwendungsmodalitäten und Abrechnungsregeln, die ambulante Leistungen einbeziehen. Er ist Mitglied der FMH.

### Planwirtschaft

Brief zu: Henggi B. Bundesrat delegiert Rationierung an Mediziner. Schweiz Ärztezg. 2019;100(39):1290-1.

2002 kam ich als deutscher Allgemeinmediziner in die Nordostschweiz, zunehmende Bürokratisierung, staatliche Kontrollwut, Glo-

balbudgets, Einschränkung der Behandlungsfreiheit hatten mir das Arztleben in der BRD unerträglich werden lassen.

Das deutsche Gesundheitswesen, vor allem die Grundversorgung, befindet sich seit 1993 (Seehofer, Schmidt etc.) anhaltend im Niedergang und ist im Qualitätsranking irgendwo zwischen Platz 18 und 25 zu finden. In der damals noch freiheitlichen Schweiz wird sich eine ähnliche Entwicklung nicht verhindern lassen, wenn die Politik beharrlich darauf aus ist, die Fehler des nördlichen Nachbarn zu kopieren.

Der Streit tobt seit Jahren um die Tarifierung ärztlicher Leistung und entsprechende Eingriffe des Staates in die Gestaltung derselben, eigentlich bisher Aufgabe der Tarifparteien. Wenn die Hausärzte endlich einsehen, dass sie weniger verdienen dürfen und den Patienten weniger Behandlung zukommen lassen, wird alles gut. Wenn nicht, kommt das Budget.

Die im Artikel angeführten Begriffe – Globalbudget, Instrumente der Mengensteuerung, degressive Vergütungen etc. – verschleiern mehr, als sie offenbaren. Es geht um die «Festlegung von Globalzielen», sehr ähnlich wie die fast in Vergessenheit geratenen Fünfjahrespläne längst untergegangener ineffizienter und korrupter Staatssysteme.

Das ist die bittere Wahrheit: Es handelt sich um zunehmende Eingriffe des Staates in die Freiheit seiner Bürger, um zentralistische Lenkung über Zielvorgaben, um letztlich sozialistische Verhaltensweisen. Und dadurch, dass die Zusammenhänge unseres Gesundheitssystems sehr komplex und für den Normalbürger nicht verständlich sind, bemerkt eben dieser Normalbürger nicht, was sich da abspielt. Ausführendes Organ der Einschnitte und Gipfel der Infamie sollen – typisch für ein feiges, kontrollversessenes Politiksystem – die Ärzte sein, die sich den Unwillen der Patienten zuziehen dürfen. Staat ist unschuldig und hat es gut gemeint, denn es muss ja gespart werden.

Wohin das führt? Der Arztberuf wird weiterhin, zumindest die Allgemeinmedizin, an Attraktivität einbüßen. Eigene Erfahrung: Ich habe mit dem Erreichen meines Pensionsalters fast vier Jahre einen Nachfolger gesucht. Ich war bereit, meine Praxis «abzuwickeln», und das kommt immer öfter vor, bis ich dann zum Glück doch noch einen Arzt fand, der bereit war, sein Glück zu versuchen. Er hat noch ca. 12 Jahre bis zum Pensionsalter. Ich wünsche ihm, dass er durchhält. Die jüngeren werden sich anderen Berufen zuwenden.

*Dr. med. Heribert Möllinger, Purasca*