

EDITORIAL

Druck erzeugt Gegendruck!

Viele Politiker stören sich ob des Widerstandes der Ärzteschaft gegen eine Aufhebung der doppelten Freiwilligkeit im EPDG. Oft werden wir gefragt, was denn der Unterschied sei zwischen doppelter Freiwilligkeit und einem Obligatorium mit einer Übergangsfrist von zehn Jahren. De facto ist das Resultat wirklich das gleiche: Wenn die Rahmenbedingungen erfüllt sind, wie wir es im folgenden Leitartikel fordern, werden sich die Haus- und Kinderärzte begeistert dem Projekt des elektronischen Patientendossiers anschliessen. Ohne Obligatorium!

Wenn aber die Rahmenbedingungen auch in zehn Jahren nicht erfüllt sind, das EPDG eine unerreichbare Datenwolke bleibt, welche nicht fast automatisch aus unseren elektronischen Krankengeschichten mit relevanten Behandlungsdaten «gefüttert» werden kann, wird das Projekt auch hier scheitern, werden Milliarden verpuffen, wie in verschiedenen anderen europäischen Ländern vor uns.

Es lohnt sich also, die Prioritäten richtig zu setzen. Die Rahmenbedingungen müssen vorrangig erarbeitet werden, Anreize geschaffen werden, wie man es in jedem Motivationsseminar lernt.

Das Beispiel des EPDG ist zwar nicht ganz zufällig, aber die Lehren daraus können für (fast) alle Gesetzes- und Verordnungsprojekte im Gesundheitswesen angewandt werden ...



Marc Müller
Präsident Hausärzte Schweiz



Foto: © memius | fotolia.com

Nur mit austauschbaren und aktualisierten Daten wird das elektronische Patientendossier zu einem unverzichtbaren Instrument.

DAS EPDG GEHT IN DIE LETZTE PARLAMENTARISCHE RUNDE

Ja zum EPDG, aber es braucht flankierende Massnahmen!

Das EPDG ist im Kern akzeptiert, Differenzen gibt es noch bei der doppelten Freiwilligkeit. «Hausärzte Schweiz» und das Institut für Praxisinformatik bestehen aber darauf und fordern darüber hinaus, dass das Parlament zwingend für flankierende Massnahmen sorgt.

> «Hausärzte Schweiz» und das Institut für Praxisinformatik (IPI) unterstützen das elektronische Patientendossier-Gesetz (EPDG), da es sinnvoll ist, den Umgang mit den sensiblen Gesundheitsdaten gesetzlich zu regeln. Allerdings sollte bereits bei der Gesetzgebung auf die praktische Umsetzbarkeit geachtet werden, damit ein Gesetz nicht zu einem nutzlosen Papiertiger verkommt. Und hier fehlen leider noch viele und entscheidende Grundvoraussetzungen.

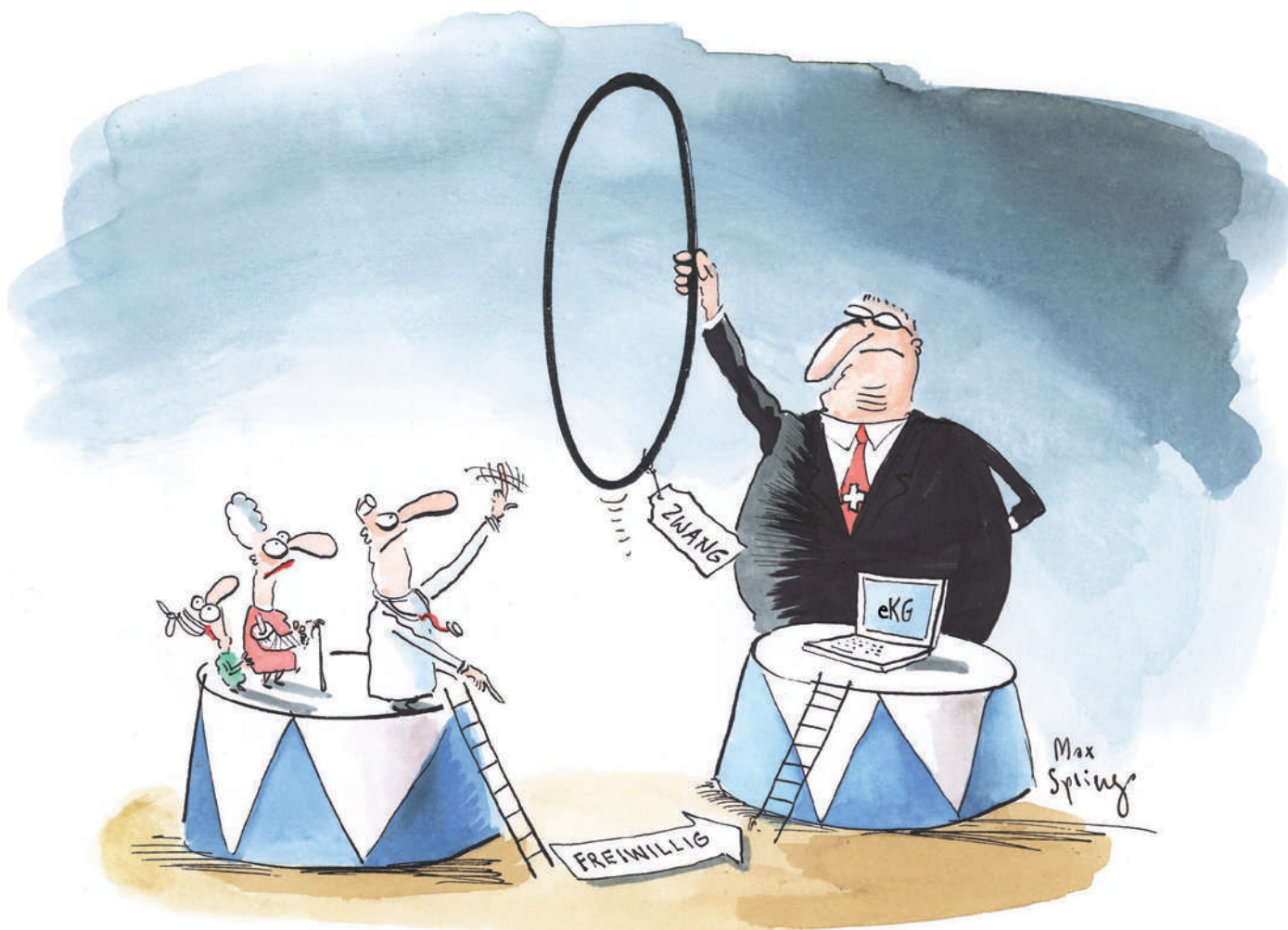
Obligatorium bringt nichts – der Mehrwert muss überzeugen

Die doppelte Freiwilligkeit ist aus verschiedenen Gründen angezeigt. Einerseits muss der Umgang mit solch sensiblen Daten grundsätzlich für alle Betroffenen freiwillig sein. Zudem soll niemand zu etwas gezwun-

gen werden, das nachweislich noch nicht brauchbar funktionieren kann, da eben wichtige Grundvoraussetzungen leider immer noch und auf längere Sicht fehlen. Es ist auch eine Tatsache, dass Zwang nie zu verlässlichen und damit brauchbaren Daten führt, mit reinen Albidokumenten ist nie-

«Nur mit flankierenden Massnahmen wird das EPDG Erfolg haben!»

mandem gedient. Hingegen sind wir uns alle einig, dass ein funktionierendes und permanent aktualisiertes EPD für das Gesundheitswesen sinnvoll sein wird. Sollten dereinst die Grundvoraussetzungen dazu gegeben sein, wird sich daher das EPD problemlos freiwillig und aus Überzeugung >>



durchsetzen. Davon sind wir aber noch meilenweit entfernt, hier bestehen gerade in politischen Kreisen noch unrealistische Illusionen. Dies braucht – auch bei grössten Anstrengungen und unter optimalen Bedingungen – noch mindestens 10 bis 15 Jahre und genügend finanzielle und personelle Ressourcen.

EPD und eKG unterscheiden

Zugegeben: Die Materie ist sehr komplex. Zudem ist es unerlässlich, dass man einige wichtige Unterschiede kennt. Das elektronische Patientendossier (EPD) ist definitionsgemäss ein Extrakt von behandlungsrelevanten Patientinformationen. Das EPD ist nicht identisch mit der vollständigen, stets aktualisierten elektronischen Krankengeschichte (eKG) in unseren Arztpraxen. Diese können und werden auch nie durch das EPD ersetzt werden können. Hier bestehen grosse Unkenntnis, Verwechslungen und Missverständnisse.

Unterschiede: Dokumente und Daten

Die wenigsten von uns sind IT-Experten. Diesen Unterschied aber müssen Sie kennen: Es gibt statische, nicht aktualisierbare (z.B.

pdf-)Dokumente und stets aktualisierbare, austauschbare digitale (z.B. XML-)Daten. Dieser Unterschied ist bedeutungsvoll. Im Moment basiert das EPD schwergewichtig auf pdf-Dokumenten. Ein Beispiel ist der pdf-Spitaliaustrittsbericht, der nach drei Tagen veraltet ist. Heutzutage bestehen viele Dokumente im Gesundheitswesen als pdf-Briefe. In den nächsten Jahren werden wir – wegen der fehlenden Grundvoraussetzungen – das EPD nur mit solchen pdf-Dokumenten füttern können. Das kann nicht die anzustrebende Lösung sein! Das vielgepriesene Beispiel des ins EPD hochladbaren pdf-Spitaliaustrittsberichtes hat den entscheidenden Nachteil, dass eben Dokumente nicht aktualisierbar sind. Mit anderen Worten: Die zum Beispiel im Spitaliaustrittsbericht aufgeführten Medikamente sind nach wenigen Tagen veraltet und falsch, da wir Hausärzte diese laufend anpassen und verändern müssen. Da es auf längere Zeit noch kein System gibt, um diese laufenden Aktualisierungen automatisiert aus unseren Praxis-eKG auch im EPD anzupassen, ist der Informationsgehalt des EPD leider unzuverlässig, unvollständig, nicht aktuell, damit unbrauchbar, ja gefährlich!

Erst wenn wir technisch in der Lage sind, Daten und nicht Dokumente auszutauschen, wird das EPD zu einem genialen und unverzichtbaren Instrument werden. Davon sind wir aber eben noch meilenweit entfernt. Entsprechende Erfahrungen wurden auch im Ausland gemacht. Länder wie Grossbritannien, Holland und neuerdings Australien haben vergleichbare Projekte wie unser EPD daher nach millionenteuren Investitionen aus ebendiesen Gründen sistiert. Wir müssen von diesen Erfahrungen lernen.

Es braucht flankierende Massnahmen

Im Moment fehlen in der Schweiz (aber auch international) zwingend notwendige Grundvoraussetzungen für einen Datenaustausch. Es fehlen brauchbare, einheitliche Open-Standards, klar definierte Schnittstellen, die Migrierbarkeit der Daten, ein einheitlicher Aufbau der elektronischen Dokumentation in den eKG (big picture), damit die Daten aufgefunden und am richtigen Ort wieder eingefügt werden können. Es ist noch nicht möglich, einem Patienten bei einem Orts- oder Arztwechsel seine Daten auf einem Stick mitzugeben und am neuen Ort wieder einzulesen. Die Systeme verste-

hen sich grösstenteils noch nicht, jedes hat eine «eigene Spurweite». So lange diese Grundvoraussetzungen nicht gelöst sind, kann das EPD nicht wirklich praxistauglich funktionieren. Seit einiger Zeit wird nun endlich an der Lösung dieser Grundvoraussetzungen gearbeitet. Unter der Moderation des IPI haben sich kürzlich alle wichtigen Player im Gesundheitswesen wie das BAG, eHealthSuisse, der Verband der Schweizer Softwarefirmen (VSFM) und weitere wichtige eHealth-Experten wiederholt an einem runden Tisch getroffen und sich erstmalig auf einen gemeinsamen Migrierbarkeits-

Standard für die eKG geeinigt. Dieser SMEEX- (SwissMedicalDataExchange-)Standard wird von allen Beteiligten anerkannt, ein wichtiger Meilenstein. Allerdings ist dies erst ein noch bescheidener Anfang. Die technischen und dokumentationsfähigen Grundvoraussetzungen müssen weiterentwickelt, verfeinert, international vernetzt und auch umgesetzt werden. Dies ist noch ein weiterer Weg und wird enorme finanzielle und personelle Ressourcen gebrauchen. Nur so werden wir dereinst ein funktionierendes EPD haben. Diese Grundvoraussetzungen sind daher im Sinne von flankierenden

Massnahmen dringend zu fördern und zu unterstützen. Ohne Unterstützung durch Politik und den Bund wird dies nie in vernünftiger Zeit möglich sein. Daher: Das Parlament ist aufgefordert, diese zwingend notwendigen flankierenden Massnahmen zu verlangen und zu unterstützen! Nur so kann ein weiteres IT-Debakel des Bundes verhindert werden.

Gerhard Schilling <

Literatur:

- Bhend H: Zehn Killerkriterien für eHealth. SÄZ, 2011;92:49,1925–8
- Vernehmlassung zum EPDG von «Hausärzte Schweiz»

HMG-DEBATTE

Grundversorger stärken statt Volkswillen demontieren

Der Nationalrat ist der Empfehlung gefolgt, bei den Rabatten im Heilmittelbereich Möglichkeiten für die Qualitätsarbeit zuzulassen. Nun gilt es im Ständerat auf eine flexible Rezeptpflicht hinzuwirken.

> Die Bevölkerung hat vor einem Jahr ein überwältigendes Votum für die medizinische Grundversorgung abgegeben. Das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Hausärzte hat wesentlich zu dieser fundamentalen Weichenstellung beigetragen.

Volkswillen respektieren

Das Parlament wäre also gut beraten, diesem Entscheid des Volkes zu folgen und den Hausärzten ebenfalls ihr Vertrauen auszusprechen. Im März hat dies beim Medizinalberufegesetz geklappt. Beim Heilmittelgesetz scheint dies unsicher, zumindest im Nationalrat. Finanzkräftige Interessen verbünden sich in der zuständigen Gesundheitskommission zu Mehrheiten für angeblich patientenfreundliche Bestimmungen. Dagegen wehren sich die Grundversorger im Interesse ihrer Patientinnen und Patienten.

Kein Rezeptzwang

In 17 von 19 Deutschschweizer Kantonen haben heute die Patienten die Wahl, ob sie ihre Medikamente beim Arzt oder beim Apotheker beziehen wollen. Das System der direkten Medikamentenabgabe hat sich bewährt, wird geschätzt und hat unter anderem tiefere Taxpunktswerte und geringere Kosten zur Folge. Diese direkte Medikamentenabgabe wird durch einen bürokratischen Rezeptzwang gefährdet. Folgekosten in Millionenhöhe, in der Folge von Patienten, Prämienzahlern und Hausärzten getragen, werden mit Pseudoargumenten negiert. «Hausärzte Schweiz» stellt sich gegen den

Vorschlag des Nationalrates in Artikel 26 und fordert als Minimum die Lösung des Ständerates, die dem Patient ermöglicht, auf einen bis ins Detail im Gesetz geregel-

«Flexible Rezeptpflicht anstelle von bürokratischem Rezeptzwang!»

ten «Lenkungszettel» zu verzichten. In der Vertrauensbeziehung zwischen Hausarzt und Patient ist der bürokratische Drohfinger fehl am Platz.

Keine Medikamentenabgabe ohne ärztliche Verschreibung

Der Nationalrat will, dass auch Apotheker verschreibungspflichtige Medikamente abgeben können (Art. 24). Allerdings sind Apotheker heute nur zum kleinsten Teil in der Diagnosestellung und Medikamentenverordnung aus- und weitergebildet. Ein

möglicher Kompromiss im Sinne der Patientensicherheit könnte für uns die vom Ständerat beschlossene Fassung sein: Danach ist eine Abgabe ohne ärztliche Verschreibung zu dokumentieren und einzig in begründeten Ausnahmefällen möglich.

Rabatte für Patienten und mehr Qualität

Im Artikel 57a haben sich die Hausärzte wie Yvonne Gilli durchgesetzt, die sich in ihrem Netzwerk der Transparenz verpflichtet und die Vorteile der ausgehandelten Rabatte und Vergünstigungen dem Patienten direkt oder in Form zusätzlicher Qualität weitergibt. Mit anderen Modellen würde sich der Einsatz für Rabatte nicht mehr lohnen, der Patient und Prämienzahler würde bestraft, die Pharmaindustrie hingegen profitiert. Dies kann und darf nicht der Sinn der HMG-Revision sein.

Reto Wiesli <



Der Zauberlehrling?

Neue Rechte, neue Pflichten oder ... die Geister, die ich rief ...

> 2014 war für die Haus- und Kinderärzte ein äusserst erfolgreiches Jahr, 88% der Stimmbürgerinnen und Stimmbürger haben dem Verfassungsartikel «Ja zur medizinischen Grundversorgung» zugestimmt. Parlament und Verwaltung haben den Ball auch bereitwillig aufgenommen und eine fast schon als hektisch zu bezeichnende Regulierungs- und Legiferierungstätigkeit eingeleitet.

MedBG, GesBG, HMG, parlamentarische Initiative Joder, EPDG, NCD-Strategie, Suchtstrategie und andere mehr folgen sich in rascher Reihenfolge. Wichtige Gesetze, wichtige Strategien, alle in engem Zusammenhang mit der medizinischen Grundversorgung und somit auch mit den Anliegen der Haus- und Kinderärzte. Durch unseren Abstimmungserfolg haben wir es geschafft, bei all diesen Prozessen in die Vernehmlassungs- oder Mitwirkungsliste aufgenommen zu werden. Doch der Teufel liegt, wie so oft, im Detail! Die Anfragen für Teilnahmen an Arbeits- und Vorbereitungsgruppen sind ausnahmslos sehr kurzfristig ausgelegt, die Vernehmlassungsfristen zu kurz und oftmals in einer Ferienperiode oder über Feiertage terminiert. Ausserdem werden die Inhalte oft stark durch einzelne Lobbygruppen beeinflusst, der breite Konsens wird erst eingeholt, wenn die Richtung des Projektes bereits determiniert ist.

Wir sind uns der Verantwortung bewusst, die wir durch unseren Schritt auf die politische Bühne übernommen haben. Wir wollen uns einbringen und mitgestalten, wir wollen ein proaktiver Teil der Entwicklung unseres Gesundheitswesens sein. Aber wir sind und bleiben in erster Linie Haus- und Kinderärzte, dem Wohl und der Betreuung unserer Patientinnen und Patienten verpflichtet. Wir wollen, dass die Interessen der Patienten im Zentrum der politischen Veränderung stehen.



Foto: © Coloures-pic | fotolia.com

Aus diesem Grund möchten wir auch für diese Veränderung gewisse Spielregeln einfordern:

- Das Interesse des Patienten muss im Zentrum stehen.
- Die Entwicklung muss sich nach den Bedürfnissen richten, nicht neue Bedürfnisse schaffen.
- Strategien sollen Prozesse abbilden, nicht Entwicklungen behindern.
- Wir – und ich bin sicher, dass dies für alle Gesundheitsberufe zutrifft – wünschen uns einen Einbezug bei der Ausarbeitung und Skizzierung der Strategien und Gesetze, nicht nur eine Nebenrolle bei der Absegnung abgeschlossener Projekte. Wir müssen die Paragraphen mit Leben füllen ...
- Dazu brauchen wir geregelte Abläufe und adäquate Fristen.
- Haus- und Kinderärzte sind hauptberuflich in ihren Praxen tätig, die Mitarbeit in Projektgruppen verursacht dort einen erheblichen Erwerbsausfall, der durch die Projekte entschädigt werden muss.
- Dazu appellieren wir auch an das Verständnis und die Unterstützung der Politik.

Nur so können wir unsere Rolle als Zauberlehrlinge auch erfüllen!

Marc Müller <

So viele Strategien und keine Beweise ...

> Nationale Strategien gegen Demenz, gegen nicht ansteckende Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs, gegen die Grippe oder die Masern, gegen AIDS und vieles andere mehr. Jedes Mal ein zentrales Organ, das Expertenarbeitsgruppen einberuft, Empfehlungen mit einem Umsetzungskonzept entwirft und hofft, den Verlauf dieser Krankheiten zu ändern und zu verbessern. Beträchtliche Mobilisierungen von humanem und finanziellem Kapital, aber um welche Ergebnisse zu erzielen?

«Wieso braucht es stets neue Strategien?»

Diese vertikalen, sehr stark auf eine Krankheit ausgerichteten Programme, die nicht das gesamte Umfeld des Patienten und des Gesundheitswesens mitberücksichtigen, werden schon in einem Bericht der WHO aus dem Jahr 2008 [1] sehr kritisch unter die Lupe genommen; ich zitiere: «Trotz weitreichender Diskussionen über die letzten 5 Jahrzehnte liegen nur begrenzte Erkenntnisse über die relativen Vorteile einer vertikalen gegenüber einer integrierten Leistungserbringung vor.» Etwas weiter unten steht jedoch auch: «So können sie sinnvoll sein [...] als vorläufige Massnahme, wenn [...] eine primäre Gesundheitsversorgung zu schwach [ist]».

Haben wir also in der Schweiz eine so schwache primäre Versorgung, dass stets weitere dieser vertikalen Strategien notwendig werden? Wäre es nicht besser, die finanziellen Mittel dieser Programme in die Unterstützung der medizinischen Grundversorgung zu investieren, wie dies 88% unserer Stimmbürger am 18. Mai 2014 forderten? Als Hausärzte erbringen wir schon seit langem den Beweis, dass eine integrierte Grundversorgung ein besserer Garant für eine qualitativ hochstehende, nachhaltige und effiziente medizinische Versorgung ist – eine Versorgung, die auf den Patienten – den Menschen – und auf sein Umfeld abgestimmt ist.

François Héritier <

[1] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/76431/E93417G.pdf?ua=1

Impressum

Herausgeber: Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz (*Hausärzte Schweiz*)

Auflage gesamt: 2000 Exemplare, 4 x jährlich
Druckerei: Schwabe AG, Muttenz
Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
 Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
 Tel. 061 467 85 54, Fax 061 467 85 56

Geschäftsstelle:

Effingerstr. 2, 3011 Bern,
 Tel. 031 508 36 10, E-Mail: gs@hausarztesschweiz.ch

Redaktionskommission: Dr. Marc Müller,
 Dr. François Héritier, Dr. Gerhard Schilling,
 Dr. Eva Kaiser, Reto Wiesli, Yvan Rielle
 und Petra Seeburger (Leitung).