

Tolle CIS und PDMS Conference: Wann aber geschieht etwas Mutiges in der interdisziplinären eHealth-Vernetzung?

Wie lange bluten Steuerzahler für den Kuschelkurs mit freien Ärzten?

Ohne systematische Vernetzung und interdisziplinäres Denken läuft auf Dauer nichts in der eHealth-Nutzung. Das heisst klipp und klar: mehr Prozessorientierung, mehr Effizienz, und das nicht l'art pour l'art, sondern im Interesse des Patienten, seiner qualitativ besseren Versorgung. Hier wiederum zeigten verschiedene Hersteller, welcher enorme Nutzen gerade leistungsstarke PDMS-Lösungen bringen können. Die beiden kürzlichen Konferenzen in Bern waren grossartig und gaben den zahlreichen TeilnehmerInnen viel Wissenwertes mit auf den Weg nach Hause. Bitter enttäuschend fiel allerdings der Auftritt des BAG auf: Wie lange wollen unsere Gesundheitsstrategen eigentlich noch mit den freipraktizierenden Ärzten, die sich grossmehrheitlich keinen Deut um eHealth scheren, auf Kuschelkurs bleiben? Warum fehlt der Mut zu einem Machtwort?

Die Reise nach Bern lohnte sich uneingeschränkt. Am ersten Kongresstag stand dabei das KIS und seine Anforderungen, namentlich unter dem Gesichtspunkt der seit einem guten Jahr gültigen neuen Spitalfinanzierung, auf dem Tapet: Welches KIS braucht mein Spital? bleibt dabei weiterhin die Schlüsselfrage par excellence. Nur ein Drittel der Schweizer Spitäler befasste sich Anfang 2009 mit dem Thema KIS. Viel grösser ist die Zahl – aussagekräftigen Umfragen zufolge – auch heute nicht. Trotzdem bezeichnen die gleichen Verantwortlichen sowohl Notwendigkeit wie auch Nutzen des KIS als allseits unbestritten. Kein Wunder, stehen deshalb viele Spitalleitungen, die sich noch nicht so stark mit der KIS-Zukunft befasst haben wie andere, vor einigen quälenden und überlebenswichtigen Fragen:

- Welches KIS aus dem umfangreichen Angebot der verschiedenen Hersteller ist das richtige für mein Spital? Wer analysiert und bewertet die unterschiedlichen Architektur-Ansätze? Wer trennt Versprechungen, Wunschvorstellungen und tatsächliche praxistaugliche Lösungen voneinander – vergessen wir nicht, dass es mehrere Spitäler gibt, die bereits ihren dritten KIS-Anlauf gestartet haben? Wie weit ist da der Einbezug neutraler externer Experten für die Evaluation wertvoll? Es gibt ja mindestens zwei ganz hervorragende Beratungsunternehmen in der Schweiz.
- Soll ich eine integrierte Lösung wählen oder doch lieber dem Ansatz «best of breed» nachgehen?

- Wie gross soll meine Abhängigkeit von einem einzigen Anbieter, einer monolithischen Systemarchitektur sein?
- Wie gross möchte ich meine Unabhängigkeit bewahren, «bloss» Kernkomponenten eines bestimmten KIS zu wählen und gleichzeitig erstklassige Speziallösungen in diversen peripheren Gebieten anzudocken? Wie gross ist dabei die Angst vor Schnittstellenproblemen? Ist sie heute überhaupt noch gerechtfertigt?
- Wie sehr soll ich als Spitaldirektor oder IT-LeiterIn Rücksicht auf (partikuläre?) Interessen gewisser Spezialarzt-Disziplinen nehmen, damit «die Kirche im Dorf» bleibt und die Motivation zur interdisziplinären Zusammenarbeit im stationären Bereich wächst? Wie gross soll überhaupt der Anteil oder Einfluss der Ärzteschaft bei der Evaluation eines KIS sein? Wäre es nicht vielerorts gescheiter, die meist stark Prozess- und Outcome-orientierte Pflege vermehrt ins Boot zu holen (erfolgreiche Beispiele wie das Triemli zeigen, wie es geht)?

Der DRG Workplace – eine eigentliche Drehscheibe

An der CIS Conference kam auch ein weiteres Faktum sehr stark zum Vorschein: Der DRG Workplace ist ein unerhört wichtiges Element in der Spital-IT. Er ist mit grosser Sorgfalt mit entsprechender Codier-Software auszustatten und mit dem KIS zu vernetzen. Ohne KIS sind Codierung, Medizin-Controlling und Abrechnung nur mit enormen und sehr teuren Personalres-

ourcen zu bewältigen. Durch den Flaschenhals des DRG Workplace werden Daten aus der klinischen Leistungserfassung zu kritischen Daten des Finanzmanagements des Spitals überführt. Spätestens seit dem Berner Kongress wissen wir: Auswahl, Optimierung und laufende Pflege erstklassiger DRG Workplaces sind Erfolgsfaktoren. Diese Schlüsselprozesse dürften daher in Zukunft noch verstärkt im Fokus der Spital- und IT-Leitungen liegen.

Schliesslich das grosse Thema der Vernetzung von Systemen und Abteilungen, die Kreation eines vermehrten interdisziplinären Denkens und der schnelle und sichere Zugriff auf lebenswichtige Daten peripherer Systeme: Hier hörten wir in Bern anhand diverser interessanter Referate, wieviel Wert die System-evaluierenden Spitäler auf KIS-Lösungen legen sollten, die gerade diese Anforderungen erfüllen. Dabei wurde zu Recht die Thematik von Archivierungssystemen angesprochen. Diese dürften aufgrund der rasant wachsenden Datenmengen, die es namentlich zu strukturieren und nicht bloss zu verwalten gilt, eine vergleichbare Schlüsselstellung wie die DRG Workplaces erhalten. Nicht zu vergessen, so die KIS-Experten in Vorträgen und beim qualifizierten Fachsimpeln an den viel besuchten Ausstellungsständen, sei die Tatsache, dass es in letzter Zeit anhand einiger Beispiele nur deshalb einigermaßen reibungslos und nervenschonend gelungen sei, die Migration von einem abzulösenden auf ein neues KIS zu vollziehen, weil eben ein hervorra-



gendes Archiv wesentlich zum guten Gelingen beigetragen habe.

Auch eine Frage der Unternehmenskultur

Ein neues KIS bedeutet immer auch eine gewaltige Umstellung in der Administration eines Spitals. Lieb gewonnene, aber veraltete Abläufe gehören beerdigt, die Chance, gleichzeitig mit der System-Einführung auch gleich bessere medizinische und technische Prozesse zu implementieren, ist zu nutzen. «Wenn nicht heut', wann dann?» schmetterte vor ein paar Jahren eine deutsche Rockband. Der Slogan scheint im Spital angekommen zu sein, zumindest in der Rennbahnklinik Muttenz. Deren Direktor, Dr. Rolf Hochuli, sein Unternehmen hat sich jüngst für die Integration von MCC entschieden, erklärte nämlich deutlich: «Ein neues KIS soll nicht dazu dienen, überholte Prozesse digital abzubilden, sondern aus verbesserten Prozessen mehr Informationen zu generieren, woraus wiederum ein Zusatznutzen in einer weiteren laufenden Prozess-Verbesserung entstehen soll. Eine KIS-Einführung ist daher immer auch eine Abbildung der Unternehmenskultur. Das nehmen wir ernst, erst recht im Hinblick auf unser 2014 bereit stehendes neues Gebäude.»

Applaus für eine bestens gelungene Premiere

Zu einem Erfolg gleich zu Beginn weg entpuppte sich der zweite Berner Event, die PDMS Conference. Der von der Berner Fachhochschule (www.bfh.ch) initiierte Anlass widmete sich dem interdisziplinären Informationsbedarf im Spital. Die Konferenz fokussierte dabei auf den ICT-Einsatz in akut-medizinischen Kliniken wie Intensivmedizin, Anästhesie oder Notfallmedizin,

um administrative, klinische, medizintechnische und andere Informationen Klinikern und Administratoren zur Verfügung zu stellen.

Nach einem einführenden, sehr spannenden Streitgespräch über Nutzen und Risiken dieser Technologien – Fazit: Ein PDMS ist von hohem Nutzen, wenn es rasch und auf wirtschaftliche Weise medizinische Entscheidungen unterstützt, es darf allerdings nicht zum Spielzeug Technik-Detail-verliebter Theoretiker werden – ging es ans Eingemachte: Es wurden einzelne Schwerpunkte vertieft angesehen. Diese umfassen insbesondere die Interoperabilität, den Nutzen eines PDMS für ein Departement resp. für den einzelnen Patienten sowie die Usability. Jedes dieser Themen wurde durch einen unabhängigen Redner präsentiert, anschliessend folgten jeweils zwei Kurzpräsentationen von Anbietern, wie das anspruchsvolle Thema zum Nutzen von Spital, Ärzten und Patienten anzugehen sei.

Praxisrelevante Workshops

Obwohl nach jeder Vortragssequenz Zeit für Diskussionen reserviert war, war es doch sehr sinnvoll, das reichhaltige Programm wegen des zusätzlichen Einbezugs der Besucher durch Workshops zu ergänzen. In diesen Workshops wurde die sehr geschätzte Gelegenheit geboten, in kleinen Gruppen angeregt zu diskutieren und Themen wie Evaluation, Schulung und Einführung, Nutzen und Risiken sowie Schnittstellen vertieft zu erörtern.

Zwischen den Vorträgen und Workshops war zudem genügend Zeit für den Bezug zur Praxis vorgesehen. Hier konnten die Besucher die Industrieausstellung besuchen und sich vor Ort informieren und vergleichen, wie verschiedene

Anbieter die gleiche Aufgabenstellung lösen. Wir berichten in dieser und auch kommenden «clinicum»-Ausgaben ausführlich über die verschiedenen Lösungen, die in Bern präsentiert wurden.

Anreize und Widerstände

Aufschlussreich war schliesslich das abschliessende, ausgezeichnet von Prof.Dr.med. Christian Lovis, Abteilung für Medizininformatik, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), geleitete Podiumsgespräch der CIS Conference. Dr. Salome von Greyerz, Sektion für Innovationsprojekte im Bundesamt für Gesundheit, betonte dabei, dass es von Behördenseite nötig sei, einen Beitrag zur Kulturänderung im Bereich von eHealth zu leisten. Es gelte, Ängste abzubauen und Voraussetzungen für eine hohe Interoperabilität zu schaffen. Matthias Meierhofer, Vorstandsvorsitzender Meierhofer Schweiz AG, Bern, stellte konkret die Anschlussfrage: «Wie funktioniert denn eigentlich ein übergreifendes Zusammenarbeiten? Wie tragen wir der verstärkten Entwicklung vom stationären zum ambulanten Sektor Rechnung? Wie gelingt es, endlich mehr als blosse Versichertendaten auf einer Versichertenkarte zu speichern?» Sein Fazit lautete: «Wir müssen einen sichtbaren Mehrwert schaffen, damit alle beteiligten Akteure in einer Behandlungskette sehen, was eHealth nützt. Wenn nötig, ist das interdisziplinäre Zusammenarbeiten mit einer gewissen Portion an behördlichem Zwang zu realisieren.» Die sehr geringe Menge an digitalem Informationsaustausch von Seiten der freipraktizierenden Ärzte stellte auch Pascal Schär, Bereichsleiter Projekte bei der Vitodata AG, fest.

Christian Lovis verwies auf skandinavische Modelle, wo flächendeckend beispielsweise ein einheitliches KIS und die digitale Vernetzung mit den Hausärzten bestimmt wurde, die alle Spitäler und Ärzte in einer Region zu übernehmen hatten. «So funktioniert es möglicherweise.» – Matthias Meierhofer räumte ein, dass nicht die zwangshafte Bestimmung eines Systems anzustreben sei, «Grossprojekte dieser Art sind auch nicht die beste Lösung, es geht vielmehr darum, zu motivieren, dass überhaupt elektronisch gearbeitet wird. Zur Optimierung der Versorgungsqualität sind wahrscheinlich heterogene IT-Strukturen besser, obwohl dadurch Schnittstellen zu überbrücken sind.»

Wieviel Zeit braucht es denn?

Prof. Lovis sprach sich generell ein vermehrtes staatliches Eingreifen aus. «Es nützt ja nichts, wenn es bis auf Weiteres bei einer Aufteilung

Special 3: CIS und PDMS Conference

häftig Papier, häftig Elektronik bleibt. So erreichen wir keine ausreichende Effizienz.» – Dr.med. Marc Oertle, Leitender Arzt Medizin und Medizininformatik am Spital STS AG, Thun, meinte dazu, es brauche halt ausreichend Zeit für die freipraktizierenden Ärzte, bis sie sich in genügender Zahl in eine elektronische Arbeitsweise eingliedern. «Wer nur noch fünf Jahre als Hausarzt arbeitet, und dabei erstklassig per Papier dokumentiert, wird kaum mehr wechseln. Aber natürlich stelle ich mir auch in Zukunft einen durchgehenden digitalen Behandlungspfad vom Hausarzt übers Spital zur Reha und bis zur Spitex vor.»

Bewusst ungeduldig zeigte sich Christian Lovis, indem er bemerkte: «Aber wir befinden uns ja heute unter den schlechtesten Ländern weltweit, wenn es um die Digitalisierung medizinischer Prozesse und Dokumentationen geht. Wir haben lediglich 15% der freipraktizierenden Ärzte, die vernünftig eingerichtet sind, um ein elektronisches Patientendossier zu führen, und ausserdem gehören wir zu den Teuersten in Sachen Gesundheitskosten. Das verlangt doch nach klaren Standards, um besser zu werden und dabei namentlich das Problem der Interoperabilität in den Griff zu kriegen.» – Dr. Uli

Schaefer, Leiter HCI Solutions, Bern, pflichtete dem bei: «Das ist richtig, und eigentlich ist man sich ja auch weitgehend einig, was die technische Interoperabilität betrifft, aber bezüglich der nicht minder wichtigen semantischen Interoperabilität können sich Fachleute noch heute unendlich lange streiten. Das Problem bei einer behördlich verordneten Standardisierung ist nun aber, dass der Anbieter des gewählten Systems dann sofort als Monopolist gebrandmarkt wird. Unternehmen wir allerdings nichts in Sachen Standardisierung und Interoperabilität, haben wir das Chaos. Es braucht also sehr wohl Standards, insbesondere im digitalen Datenaustausch zwischen freipraktizierenden Ärzten und Spitälern. Dass das möglich ist, zeigt die Situation zwischen Apotheken und Pharmaindustrie; hier klappt das Zusammenspiel.»

Wie soll es weitergehen?

Etwa soll also geschehen. Matthias Meierhofer betonte: «Grundsätzlich muss klar werden, welchen Mehrwert die IT leistet. Nur Papier durch digitales Abwickeln zu ersetzen, genügt nicht. Es müssen Prozesse im Interesse aller Beteiligten, auch der Patienten, verbessert werden.»

«Ja schon», meinte Dr. Salome von Greyerz, «aber wir können die Akteure nicht zur digitalen Arbeitsweise zwingen. Wir haben in der Schweiz die doppelte Freiwilligkeit, Patient wie Hausarzt müssen mitmachen wollen. Es wäre aber positiv, wenn die Patienten mitmachen, denn sie profitieren ja auch vom Versicherungsobligatorium. Aber die Ärzte können wir nicht verpflichten. Wenn wir das fordern, wird jedes Gesetz mit dieser Absicht «gebodigt». Wir haben aber immerhin jetzt den Zwang zur Digitalisierung bei den stationären Leistungserbringern und hoffen, dass die Kantone als Zuständige im Gesundheitswesen auch bei der freien Ärzteschaft die selbe Entwicklung motivierend vorantreiben. Man wird allerdings wohl einen Generationenwechsel bei den Haus- und Spezialärzten abwarten müssen, bis sich hier eine messbare Veränderung abzeichnet.»

Der Patient hat ein Anrecht auf die beste Versorgung

Nicht zufrieden damit zeigte sich Matthias Meierhofer: «Der Patient müsste sich doch eigentlich auf eine bessere Qualität verlassen können. Er sollte doch von einem realisierbaren Mehrwert profi-

Jetzt auch in der Schweiz

CIS by Daintel

- PDMS für Intensiv-, Notfall- und Anästhesiedokumentation



Entwickelt in: Dänemark

Muttersprache: intensivmedizinisch

Besondere Kennzeichen: fachkompetent und sehr schnell



CIS 
BY DAINTEL



Sie diskutierten über die Notwendigkeit zur eHealth-Vernetzung, v.l.n.r.: Pascal Schär, Bereichsleiter Projekte Vitodata AG, Prof.Dr.med. Christian Lovis, Abteilung Medizininformatik Hopitaux Universitaires de Genève (HUG), Matthias Meierhofer, Vorstandsvorsitzender Meierhofer Schweiz AG, Bern, Dr. Salome von Greyerz, Sektion Innovationsprojekte Bundesamt für Gesundheit (BAG), Dr.med. Marc Oertle, Leitender Arzt Medizin und Medizininformatik Spital STS AG, Thun, und Dr. Uli Schaefer, Leiter HCI Solutions, Bern.

tieren, zum Beispiel im automatischen digitalen Überprüfen von Interaktionen und Nebenwirkungen bei der Medikation.» – Dr. Marc Oertle stimmte dem Vorschlag, die Kantone mehr in die Pflicht zu nehmen, zu. Auch Dr. Salome von Greyerz meinte, die Kantone sollten eigentlich den Aufbau von IT-Systemarchitekturen mittragen, «allerdings kommt diesbezüglich kaum Echo von der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Davon bin ich schon ein wenig enttäuscht.»

Prof. Lovis brachte einen weiteren interessanten Gedanken ins Spiel: «Falsch ist es im Weiteren, wenn die IT-Hersteller keine Verpflichtung zur Vereinheitlichung und Standardisierung erhalten. Auch in dieser Beziehung besteht eine eklatante gesetzliche Lücke. Nehmen wir doch zum Vergleich den Bau von Autos: Hier gibt es sehr detaillierte Verpflichtungen, die für alle Hersteller bindend sind.» – Unterstützung erhielt er von Dr. Uli Schaefer: «Wenn man schaut, wie ausserordentlich akribisch selbst kleinste Anpassungen bei Medikamenten behördlicherseits behandelt werden, dann erstaunt es schon, dass bei KIS-Lösungen, die doch sehr entscheidend für den Betrieb eines Spitals sind, nicht die gleich harten Massstäbe angewandt werden, beispielsweise eine Zertifizierung.»

«Deswegen haben wir ja heute ineffiziente Systeme», folgerte Christian Lovis, «wir bauen mittlerweile IT-Silos anstelle von Papier-Silos. Viele Systeme können gar nicht miteinander sprechen. Entsprechend schlecht ist die gesamte Interoperabilität und damit der aktuelle Nutzen von eHealth.» – Matthias Meierhofer sieht denn auch neben den Regulatorien die IT-Hersteller in der Pflicht: «Man muss in Zukunft die Hersteller dazu bringen, sich auszutauschen. Kriegen wir die Interoperabilität nicht in den Griff, nützt die beste IT nichts.»

Text: Dr. Hans Balmer

Weiter mit beiden Händen Steuergelder verschleudern?

Das kann's eindeutig nicht sein: Die Vertreterin des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) proklamiert an der CIS Conference die pure Fortsetzung des bisherigen Kuschelkurses gegenüber den freipraktizierenden Ärzten. Heute sind lediglich 15% davon imstande, ein elektronisches Patientendossier zu führen. Dabei besteht per 1. Januar 2015 die gesetzliche Verpflichtung, exakt dies zu tun. Angesichts der Unbekümmertheit, mit der die Haus- und Spezialärzte mit eigener Praxis ans Werk gehen und sich keinen Deut um die klaren Vorgaben aus Bundesbern scheren, braucht man kein Prophet zu sein, um vorauszusagen, dass der geplante Einführungstermin fürs elektronische Patientendossier Schall und Rauch bleiben wird. Möglicherweise hat das Bundesrat Alain Berset auch schon gemerkt. Umso mehr erstaunt es, dass seine verantwortlichen Leute öffentlich nicht eine eindeutige Stellung zugunsten beschlossener Projekte einnehmen.

Es kann nicht angehen, den Kuschelkurs gegenüber der freien Ärzteschaft auf diese Weise fortzusetzen. Das käme einer totalen Verschleuderung von Steuergeldern gleich. Was nützen denn all die klugen Strategen im BAG, wenn sie nicht mal den Mut aufbringen, für beschlossene gesetzliche Regelungen einzutreten, die sie selber geholfen haben, mit aufzubauen?

Hier ist Remedur zu schaffen, und zwar blitzschnell. Weil es gilt, auch die Anliegen der Patienten und Prämienzahlerinnen ernst zu nehmen. Ein aufgeklärter, mündiger Patient sollte doch selbstredend davon ausgehen können, dass sein Hausarzt in der Lage ist, relevante und im Notfall lebenswichtige Daten digital abzuspeichern und rasch zur Verfügung zu stellen, wenn eine entsprechende Anfrage bei ihm eintrifft. Noch besser sind Patientenportale, wie sie die qualifizierte Schweizer IT-Industrie zur Verfügung stellt, auf denen über einen zentralen Server die Daten abgerufen werden können. Aber auch dafür muss die Ärzteschaft Hand bieten. Tut sie das nicht, gehört behördlich verordneter Zwang dazu, den Patientenrechten Nachachtung zu verschaffen.

Wer hat denn Angst vor steinzeitlichen Denkweisen einer überalterten Ärzte-Standesorganisation? Hier ist zu informieren, zu motivieren, aber gleichzeitig mit Nachdruck vom BAG aus dafür zu sorgen, dass beschlossene Sachen auch rechtzeitig umgesetzt werden. Wir leben doch schliesslich nicht in einer Bananenrepublik, wo jede/r nach Lust und Laune – und das notabene ungestraft – selber entscheiden darf, ob ihm/ihr jetzt ein Gesetz passt oder nicht!

Weiter geht es auch um die längst fällige Vernetzung innerhalb des gesamten Behandlungspfads, den ein Patient mit allen daran beteiligten Akteuren und Leistungserbringern durchläuft. Hier liegt immenses Optimierungs- und Wirtschaftlichkeitspotenzial brach, das es schleunigst zu nutzen gilt. Und, last, but not least, muss die «eHealth Strategie Schweiz» umgesetzt werden, die genau dies ebenso fordert. Alle Verantwortlichen sind dringend aufgerufen, sich aktiv und mit persönlichem Engagement dafür einzusetzen. – Andererseits ist ebenso klar zu fordern: Wem der Mut dafür fehlt, soll seinen Stuhl räumen und für Leute Platz machen, für die es mehr Sinn macht, dass ihnen die Steuerzahler monatlich ein saftiges Chefbeamtenalär berappen.

Dr. Hans Balmer