

## Per Mail

### FMH

Frau Dr. Judith Wagner, Leiterin Abteilung Medizinische Informatik und eHealth

[judith.wagner@fmh.ch](mailto:judith.wagner@fmh.ch),

Dr. med. Gert Printzen, Departementsverantwortlicher eHealth – Medizinische Informatik und Dokumentation

[g.printzen@analytica.ch](mailto:g.printzen@analytica.ch)

Zürich, 27. April 2016

## **Interne Konsultation der FMH zu den Berichten der Interprofessionellen Arbeitsgruppe Elektronisches Patientendossier (IPAG EPD): Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften KKA-CCM**

Sehr geehrte Frau Dr. Wagner, sehr geehrter Herr Printzen, lieber Kollege

Der Vorstand hat die Arbeitsergebnisse der IPAG zum EPD diskutiert und dankt Ihnen für die Möglichkeit dazu wie folgt Stellung nehmen zu können.

### **1. Einleitung**

Ziel des EPD soll sein, Gesundheitsfachpersonen zu ermöglichen, auf behandlungsrelevante Daten ihrer Patienten, die von anderen am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen erstellt wurden, zuzugreifen und so einen Beitrag zur Verbesserung der Qualität der Behandlungsprozesse sowie zur Effizienz des Gesundheitssystems zu leisten. Generell sind die Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem sowie grundsätzlich Massnahmen, welche zur „papierlosen Praxis“ beiträgt und die Gesundheitsfachpersonen zum Umstieg auf die elektronischen Medien motiviert, begrüssenswert.

Die vorliegenden Berichte geben den grossen Aufwand und die Komplexität des Vorhabens nicht oder zumindest zu wenig wieder. Die Umsetzung bringt für die Betroffenen einen ausserordentlichen finanziellen, administrativen und zeitlichen Aufwand mit sich. Da wir indessen die Grundidee des elektronischen Datenaustausches unter Ärztinnen und Ärzten sowie anderen am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen begrüessen, ist es uns im Sinne der Förderung dieses Gedankens ein Anliegen, nachfolgend auf die Schwachstellen aus Sicht der freipraktizierenden Ärzteschaft und im Hinblick auf die Umsetzbarkeit in der Praxis hinzuweisen.

Die Berichte eMedikation und eAustrittsbericht sind die wesentlichsten Teile des Elektronischen Patientendossiers und sollten demnach auch für Nicht-Berufsleute les- und begreifbar sein.

Die zu studierenden Unterlagen im Umfang von 160 Seiten sind sehr ausführlich. Die geforderte „rasche und flexible Verfügbarkeit“ ist für die obgenannten Benutzergruppen nicht möglich. Eine Beurteilung durch nicht Informatiker ist daher nicht abschliessend möglich und ist für den Arzt in gewisser Weise eine Zumutung.

Die beiden Berichte weisen einen maximalen und nicht einen optimalen Ausgestaltungsgrad auf und die darin enthaltenen detaillierten Beschreibungen von Prozessen sind schwer bis bisweilen kaum lesbar, durchsetzt mit unnötigen Anglizismen und enthalten eine komplizierte sowie nicht selbst-erklärende Terminologie, auch für ärztliche Hobby-Informatiker. Zudem sind die Ausführungen zum eAustrittsbericht besser mit denjenigen zum Bericht eMedikation abzustimmen.

Alleine die eMedikation per se ist nicht Anwender freundlich und für nicht-Berufsleute nicht anwendbar, da die Prozesse zu weit gehende Codierungen von Diagnosen, Medikamente und Massnahmen beinhalten. Die ärztlichen Belange sind gegenüber den nichtärztlichen untervertreten. Dies entspricht nicht der gelebten und diagnostisch-therapeutischen, notwendigen Realität und ist Ausdruck einer in der Praxis zu weit gehenden und nicht sachdienlichen „political correctness“. Die Unterteilung der Aspekte Arzt und Pflege erweckt den Anschein, dass der Pflegeaspekt volumenmässig künstlich auf den medizinisch-ärztlichen Aspekt gehoben wird, um „berufspolitisch korrekt“ zu sein. Dies widerspricht dem eingangs erwähnten Grundsatz der IPAG, dass berufspolitische Aspekte in das EPD keinen Eingang finden sollen.

Bei der Umsetzung der eDokumente muss strikt darauf geachtet werden, dass die Anbindung an die bestehenden Primärsysteme in den Praxen gegeben sind und die Anwendung für die Beteiligten einfach ist und nicht grosse mehrwöchige Schulungen notwendig sind. In diesem Zusammenhang stellen wir fest, dass die Problematik der Kosteneffizienz für alle Players einzeln und für die medizinische Versorgung in ihrer Gesamtheit nicht dargestellt wird. Ein Versäumnis, welches nachzuholen ist. Zu wenig deutlich wird auf die Problematik des EPD als „rechtsfreier Raum“ mit ungeklärten Haftungsfragen bezüglich der Ein- und Nachträge, Datenpflege, Löschen und Korrekturen von Daten, etc. eingegangen. Diese Fragestellungen müssen zwingend vorab geklärt werden.

## **2. Bemerkungen zum Bericht „eMedikation“**

Es bleibt unklar, wer die verschiedenen Gesundheitsfachpersonen sind, die Entscheide zur Behandlung des Patienten treffen: Ärzte (Verordnung) und Apotheker (Pharmazeutischer Medikationsentscheid)? Gibt es Hinweise/Studien, die aufzeigen, dass es zu einer erhöhten Arzneimitteltherapiesicherheit kommt? Es gibt v.a. auch Hinweise, dass zusätzliche Fehler auftreten.

Wir stellen fest, dass in der Arbeitsgruppe Ärzte marginal vertreten waren. Es wird dann auch erwähnt, dass es sich beim Bericht um eine Vision der Arbeitsgruppe handle. Was die bezüglich der praktischen Umsetzung in der Praxis heisst bleibt unklar, was sich eben durch die fehlende Vertretung der praktizierenden Ärzteschaft in der Arbeitsgruppe leicht erklären lässt!

In der Abbildung 1 wird der sehr komplizierte Medikationsprozess dargestellt: Wie wird gecheckt, dass es hier zu keinen Fehlern kommt, da viele Involvierte in die Medikation eingreifen können?

5.1.1. Hier bleibt völlig unklar, wer der Therapieentscheid eines Behandelnden und die Verantwortung übernimmt. Verordnung siehe oben wird nicht mehr erwähnt. Warum kommt hier der Arzt nicht explizit erwähnt?

Es ist unklar, welches der Unterschied zwischen der Medication History und dem Status der Medikation ist. Die Umsetzung dürfte grössere Probleme verursachen, damit sie auch nachvollziehbar sein wird.

5.2 was bedeutet im Zusammenhang mit dem Medikationsprozess optimale Zusammenarbeit? Das wäre doch bereits heute die Ausgangslage?

Abbildung 3: Wie erfolgt die Validierung der Verschreibung? Wie erfolgt die Rücksprache z.B: nachts, am Wochenende. Wenn eine Anpassung erfolgt kommt es zu Rückmeldungen? AN wen? Wie?

5.2.1 Wer ist der Behandelnde der Therapieentscheide durchführt? Arzt? Andere? Welche? Bitte auführen!

eCurrent Medication: Was bedeutet der Satz: „Er trägt die Verantwortung der korrekten Informationsübertragung“?

5.2.3. Endlich, endlich: Der Apotheker überprüft... Warum fehlt in anderen Abschnitten der Arzt? Wie wird der verschreibende Arzt kontaktiert: soll oder muss er kontaktiert werden?

5.2.5. Unklar bleibt wie der Kommentar der Medikation schlussendlich dem behandelnden Arzt bekannt gemacht wird und wer wie den Entscheid quittieren soll/muss?

5.4. Was bedeutet optimale Koordination der Behandelnden, was bedeutet offene und transparente Kommunikation der Medikationsentscheide?

5.4.1 Was bedeutet „im Zweifelsfall“? Was passiert, wenn der direkte Kontakt nicht möglich ist?

5.4.2 Was ist der Zeithorizont von relevanten Informationen? Was bedeutet „im Rahmen seiner Fachkompetenz“?

6.2. Das Zusammenspiel zwischen dem Primärsystem und den eDokumenten muss im Detail dargelegt werden. Die Voraussetzungen dazu müssen im Detail erwähnt werden. Was bedeutet kein grosser Zeitaufwand? Eigentlich müsste es zu einem zusätzlichen Zeitaufwand kommen! Warum MÜSSEN die vier eDokumente nicht einheitlich strukturiert eingesetzt werden können? Im Text wird nur SOLLTEN gefordert!

6.3.1. Was bedeutet „mit Vorteil“?

6.3.4. Warum müssen nicht verschreibungspflichtige Medikamente immer auch erfasst werden? (nur sollten?).

6.3.6. Apotheker werden wieder explizit erwähnt! Das ist zu unterstützen. Das gleiche soll aber auch für Ärzte im Text gelten! Hier zeigt sich wieder, dass Ärzte im Gremium untervertreten sind.

6.3.5. Patienten: Hier werden zur Argumentation Studien inklusive deren Leitung aufgeführt. Dies ist bemerkenswert. Warum werden aber im übrigen Dokument für andere Punkte kaum Studien aufgeführt (wenige Ausnahmen z.B. 6.4.2)? Das wäre ebenfalls dringend zu ergänzen!

6.3.6. Eine Legende fehlt: was bedeutet „Struktur“ 1, 2, etc?

6.3.7. Es werden NICHT Parameter aufgelistet sondern Variable. Was bedeutet „Struktur“?

6.4.3. Wie wird das eRezept elektronisch verifiziert? Unterschrift? Abschnitt Arzt: Gibt es zu der doch sehr optimistischen Beurteilung Studien? Strukturierung der Comments nötig.

7.1. Was ist der Unterschied zwischen Arzt und der Behandelnde?

7.1.2. wie erfolgt der Prozess „ins EPD“ gestellt. Wie erfolgt das Zusammenwirken zwischen EPD und der Software des Hausarztes?

7.2. Es ist nicht nachvollziehbar wie allein durch das Hochladen des eBEA die anderen Behandelnden informiert werden. Information ohne das Lesen der Information ist fragwürdig in diesem Zusammenhang. (gleiche Bemerkung für 7.2.3 und andere Punkte).

7.2.7. Was passiert, wenn mit dem Arzt nicht Kontakt aufgenommen werden kann, z.B. nachts, am Wochenende, Ferien etc.

7.3.1. Es müssten Voraussetzungen definiert werden, damit die eMedication History einfach ins Spitex Informationssystem übernommen werden kann, das gleiche gilt auch für das Informationssystem des Arztes. Anwendungsfall Beobachtung Spitex: Wann erfolgt der Eintrag im EPD? Zuhause beim Patienten, was eigentlich am sichersten wäre?

7.4.1. Link funktioniert nicht!! Interessant: Der Artikel zeigt auf, dass die sichere Medikation eben nicht nur durch eine eDokumentation gewährleistet wird!

7.4.2. Wie der Überblick von e Medikamentenplan 1, 2 eBEA 1 erfolgt/erfolgen sollte, müsste dargelegt werden. Gleicher Punkt gilt für 7.4.3.

8. Die Eintragung von Medikamenten durch den Patienten im EPD ist sicher wünschenswert, deren Umsetzung wohl aber mit grossen Fragezeichen behaftet. Bitte diesen Vorgang konkretisieren.

9.4. Hinweis auf Frankreich (Link funktioniert!!!!). Es gibt obligatorische Auflagen. Markenname UND aktive Substanz Müssen erwähnt werden. Warum wird dieser Punkt in der Schweiz nicht angewandt?

### **Seite 90ff : Keine Kommentare zur Zusammenfassung eMedikation 17.12.2015**

#### **Seite 123, Anhang 1 eToC**

Das Beispiel zeigt die starke Segmentierung der Behandlung auf. Die Verantwortlichkeiten sind nicht mehr klar. Das ganze Dokument ist 8 Seiten lang.... Wer hat die Übersicht?

Es ist nicht wünschenswert, dass die Diagnose/Behandlung nicht verknüpft ist.

Dass im Verlauf/Ärztlich keine Hinweis auf Einschränkung in ihrer Selbständigkeit etc., erfolgt, ist störend, zeigt das Problem der Segmentierung.

Die Medikationsliste muss viel lesbarer sein. Sie zeigt auf, wie auch die Current Medication ein grosses Problem wird ohne Übersicht.

Die Darstellung der Perspektiven ist ein möglicher Weg zur Vereinfachung/ zum Überblick. Dieser Darstellung ist grosses Gewicht zu geben und ist zu unterstützen.

### **3. Bemerkungen zum Bericht „eAustrittsbericht“**

2.2. Wer ist abschliessend für den interdisziplinären Austrittsbericht verantwortlich? Was bedeutet sinnvoll, zweckmässig und ökonomisch im Zusammenhang mit eToC. Bei Eintritt bestehen „Probleme“ bei Austritt gibt es „Diagnoseangaben“?

3. Strukturierung: Die Gliederung des eAustrittsberichtes in „Module“ und „Aspekte“ innerhalb der Module, erscheint vernünftig.

3.1. Begriffe wie „elektronische Ausprägung“, „prinzipiell eigenständig“, „losgelöst von ihrer Ausprägung“ sind für Aussenstehende nicht nachvollziehbar. Worthülsen?

Referenz 2 und 3: Bitte als Link ins Dokument....

3.5. Eine Standardisierung der Begriffe Diagnosen/Probleme etc ist Voraussetzung für eine interprofessionelle Kommunikation und Informationsaustausch wie das auch im Bericht erwähnt wird. Darauf zu verzichten ist nicht nachvollziehbar.

3.6. Hier wird nun einmal auf einen bi-direktionalen Austausch hingewiesen. Dies ist ein zentraler Punkt und muss stark gewichtet werden. Würde auch für die eMedikation etc. gelten.

Tabelle 7 zeigt auf, wie schwierig es ist/sein wird, den Überblick über die Betreuung eines Patienten zu behalten. Die Verantwortlichkeiten sind aufzuzeigen im Dokument.

Tabelle 9, Ordnungssysteme für „Probleme“: Die Aufzählung dieser Codices ist kein praktischer Beitrag zum Erstellen eines praktikablen EPD. Sie sind weitgehend in der Basis nicht bekannt, im Alltag und I in der Umsetzung nicht praktikabel.

Was in Bezug auf die Wertigkeit der ärztlichen Belange zur eMedikation in unserer Vernehmlassung erwähnt wurde, gilt sinngemäss auch für den Bericht eAustrittsbericht.

## **2. Fazit**

Die Vorstellungen zum EPD in diesen 2 Berichten geben einen maximalen und nicht optimalen Ausgestaltungsgrad wieder. Der persönliche und zeitliche Aufwand für alle „Co-Produzenten“ wird trotz IT und Codices unrealistisch hoch sein. Das Modul „eMedikation“ gerät zu pompös und es fehlt die so überaus wichtige Behandlung der medikamentösen Interaktionen innerhalb der Medikation eines Patienten. Ebenso sind die pflegerischen und physiotherapeutischen Aspekte überproportional vertreten. Eine Redimensionierung ist zwingend notwendig und zu fordern.

Wie bereits eingangs erwähnt, erachten wir es für den Erfolg des EPD als entscheidend, dass die teilweise schon in elektronischer Form bestehende Krankengeschichte in den Arztpraxen mittels einfacher Vorkehren, soweit sie behandlungsrelevante Angaben enthält, auszugsweise in ein online Dossier kopiert bzw. eingespielen werden kann.

Mit anderen Worten sind der Einbezug und die Sicherstellung der Kompatibilität von Primärsystemen in der Praxis eine unverzichtbare Anforderung an die „eMedikation“ und an den „eAustrittsbericht“. Anders ist die Einführung des EPD nicht vorstellbar, schon gar nicht auf der Basis der Freiwilligkeit, denn sämtlicher zusätzlicher Aufwand ist den Ärztinnen und Ärzten der freien Praxis, welche heute bereits bis an ihre Grenzen belastet sind, nicht zuzumuten. Dies gilt insbesondere für die Grundversorgerinnen und Grundversorger, welche wohl – und zwar unabhängig davon, ob Netzwerke zwingend eingeführt werden oder nicht - eine Schlüsselstellung einnehmen werden.

Zwingend erforderlich ist sodann die Sicherstellung der Kompatibilität der verschiedenen von der Ärzteschaft und den Spitälern verwendeten IT-Systeme. Ansonsten macht ein gegenseitiger Austausch von Daten und Informationen keinen Sinn.

Aus all diesen Gründen muss es für Ärztinnen und Ärzte möglich sein, den zusätzlich bei der Erstellung und Handhabung des EPD entstehenden Aufwand in einer Form abzugelten. Werden demgegenüber keinerlei Anreize und/oder Entschädigungsmöglichkeiten für die Ärzteschaft vorgesehen, stufen wir die Chancen des EPD, sich landesweit flächendeckend zu etablieren, als äusserst gering ein.

Man kann nicht von der Ärzteschaft verlangen, dass sie sich freiwillig einem online System anschliesen, welches für sie lediglich ein zusätzlicher Aufwand ohne Entschädigung bedeutet. Wie die Autoren der Regulierungsfolgenabschätzung prognostizieren, wird das EPD für Ärzte in der freien Praxis auch nach 20 Jahren mehr Kosten als Nutzen verursachen.

Es braucht finanzieller Anreize zur Verbreitung der elektronischen Dokumentation in den Arztpraxen. Nur so kann sichergestellt werden, dass das EPD mit qualitativ guten Daten aus der elektronischen Krankengeschichte — mit einem vernünftigen Aufwand — versorgt werden kann.

Wir danken Ihnen für den Einbezug unserer Überlegungen und Argumente und grüssen Sie freundlich.

Kollegiale Grüsse

Dr. med. Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA

Dr. med. Fiorenzo Caranzano, co-presidente CMC

Handwritten signature of Peter Wiedersheim in black ink, enclosed in a thin black rectangular box.Handwritten signature of Fiorenzo Caranzano in black ink.