

EPD: Die seltsame Ruhe vor dem Start hat viele Gründe

Das macht das Patientendossier 2.0 erfolgreich

Ein Paradigmenwechsel ist in sechs Monaten angekündigt: Mit dem EPD kennt der Bürger und Patient seine wichtigen klinischen Daten, kann sie an einem sicheren Ort verwalten - und mit eigenen Informationen ergänzen, etwa zu Lebensstil und Nachbehandlung.

Trotz der zügig fortschreitenden Zeit ist es merkwürdig still im Land. Kaum einer meiner Freunde oder Kolleginnen weiss etwas vom EPD. In den Medien ist dieser Umbruch ebenfalls wenig präsent. Und das ist sogar Absicht: eHealth Suisse und Axsana etwa haben öffentlich angekündigt, erst in ungefähr einem Jahr mit Werbung für das EPD starten zu wollen.

Ganz ähnlich verhält sich die Situation bei den Behandelnden: In Kürze gibt es weniger Patientenverwechslungen, Gesundheitsfachpersonen werden schweizweit sofort gefunden. Alle wichtigen Informationen zum Patienten sind an

einem Ort einsehbar, und für die Zusammenarbeit mit anderen gibt es bald klare Prozesse und Abmachungen. Auch hier: Das EPD ist im Behandlungs-Alltag kaum ein Thema. Und wenn, dann nicht als «coole» Verbesserung, sondern meist als massiv empfundener Zusatzaufwand ohne klar absehbaren Nutzen.

Klarer Nutzen in Etappen, Beteiligung der Behandelnden

Der erste wesentliche Grund des allgemeinen Zögerns ist simpel, und findet sich prominent in jedem Handbuch für erfolgreiche Innovationen:

Alle Beteiligten brauchen einen klaren Nutzen nach der ersten Etappe. In unserem Fall heisst das auch, aber nicht nur einen Nutzen für die Patienten. Die Behandelnden müssen zuerst Daten liefern, damit klinische Informationen für Patienten und andere Gesundheitsfachpersonen überhaupt verfügbar sind.

Man kann sie zwingen, und das geschieht auch gerade, inzwischen in Diskussion auch für alle ambulanten Leistungserbringer. Das muss als Startmassnahme nicht falsch sein. Aber nachhaltig oder wertschöpfend ist das alleine nicht.

Der Nutzen muss klar werden, ebenso sollen Identifikation und Bedienung des EPD einfach erfolgen – so kann es zum Erfolg führen.





Damit allein würden wir in einem System wie in Frankreich landen (Bericht am HIMSS-Fachkongress im September): 6 Millionen Dokumente in hunderttausenden Patientendossiers, die praktisch nie abgefragt werden.

Von Erfolgsrezepten profitieren – eine klare Nutzen-Roadmap

Erfahrungen aus anderen Ländern mit erfolgreicher EPD-Einführung (z.B. Finnland) zeigen, dass eine Beschränkung auf wenige, klare und für alle Beteiligten nutzenstiftende Use-cases ein unverzichtbares Erfolgsrezept sind. Schweizweite eMedikation und als erste Etappe der eMediplan (auch via FHIR) sind hier die klaren Favoriten.

Eine solche Fokussierung ist auch aus anderen Gründen hilfreich. Die Herausforderung für die Behandelnden besteht heute schon darin, aus vielen Dokumenten im eigenen System die richtigen Informationen herauszufiltern.

Im EPD 2.0 sollten deshalb in einem ersten Schritt nur wenige und «immer fallrelevante» Dokumente einfach suchbar abgelegt werden:

Impfzusammenfassung, Allergiepass, Patientenverfügung und die letzten Austrittsberichte sind Beispiele. Sie ergänzen dann diejenigen Informationen, welche der vorherige Behandelnde in der Kette aus der Flut an Daten bereits ausgewählt und mit der Überweisung mitgeschickt hat.

Eine klare Nutzen-Roadmap unter Federführung von eHealth Suisse ist als Nächstes unverzichtbar. Dabei sind die Behandelnden konsequent miteinzubeziehen – so kennt man die Praxis und die Folgen von Beschlüssen.

Die Wiederaufnahme der Förderung von Versuchen in Modellregionen und die Incentivierung von Initialprojekten wären aus meiner Sicht weitere sinnvolle Bausteine, um rasch mit erfolgreichen Leuchtturmprojekten zu begeistern.

Nutzen und Datenschutz im Gleichgewicht

Als Patient habe ich in Bezug auf das EPD inhärent widersprüchliche Interessen. Einerseits will ich, dass all meine wichtigen Daten für mich und meine Behandelnden gesammelt und zugänglich sind – ansonsten nützt das EPD niemandem

etwas. Andererseits bringt gerade das eben auch Datenschutz-Risiken mit sich.

Die beiden Interessen sind abzuwägen, wenn Lösungen erfolgreich sein sollen. Verfolgt man die Entwicklung von der 2007 verabschiedeten «Strategie eHealth Schweiz» über das EPD-Gesetz bis zur Umsetzung, wird klar, dass diese Abwägung zunehmend nicht mehr gleichgewichtig ausgefallen ist.

Für den Patienten selbst bedeutet das unter Anderem schwerfällige, Nutzer-unfreundliche Bedienung. Ein gutes Beispiel ist die Verwaltung der Zugriffsrechte: Aus langjährigen Versuchen mit einem Patientendossier in Genf ist bekannt, dass es höchst selten Patienten gibt, die überhaupt irgendwelche Zugriffsrechte einstellen wollen; sie verlassen sich wie bisher darauf, dass alle Behandelnden zertifizierte Gesundheitsfachpersonen mit entsprechender Ethik sind.

Diese Option ist im gegenwärtigen EPD schlicht nicht vorgesehen: Wer ein EPD hat, muss jeden seiner Behandelnden oder dessen Organisation einzeln berechtigen, damit diese seine EPD-Daten sehen dürfen.



Erreichtes sollte genutzt werden können

Einer der Erfolge des bisherigen EPD-Aufbaus sind das Schaffen nationaler Identitäten sowie nationaler Register. Patienten können heute mit EPD-Services eindeutig identifiziert werden – es landen also keine Informationen mehr in der falschen Krankenakte. Und es gibt ein schweizweites Register für alle Gesundheitsfachpersonen.

Beides ist wertvoll, verhindert Fehler, ermöglicht den Austausch und beschleunigt Abläufe. Das erwähnte Ungleichgewicht hat leider dazu geführt, dass beide Dienste nicht genutzt werden können – ausser um das EPD abzufragen oder zu befüllen.

Nutzbringendes ermöglichen, nicht verhindern

Aus denselben Gründen kann die genannte eMedikation im Rahmen der heutigen Ausführungsbestimmungen zum EPD momentan noch nicht realisiert werden. Als Beispiel: Aus Datenschutzgründen soll der Patient jedes beliebige

Dokument für Behandelnde unzugänglich machen können – mit der möglichen Konsequenz, dass diese falsche Medikationsentscheidungen treffen, weil wichtige Informationen in einer als komplett erscheinenden Liste fehlen.

Hier ist zumindest zu fordern, dass erkennbar ist, wenn Dokumente bestimmter Typen nicht sichtbar gemacht wurden.

eMedikation und weitere Anwendungsfälle neben dem reinen Teilen von Dokumenten heissen «Zusatzdienste». Erst hier wird aus Sicht der Behandelnden echter Wert erzeugt, vor allem wenn strukturierte, also maschinenlesbare Daten schweizweit verwendet werden können. Erst in den letzten zwei Jahren ist aus den genannten Gründen klar geworden, dass diese Zusatzdienste momentan nicht mit dem EPD realisierbar sind – dafür müssten die Bestimmungen geändert werden.

(Regionale) Monopole durch Zusatzdienste und IDP?

Die in den letzten 2 Jahren konzipierten (Axsana, eHealth Südost, Post) oder bereits angebotenen (Abilis, seit Okt 2019) «Zusatzdienste» sind als

Folge vom EPD unabhängig – rechtlich, prozessual und technisch. Und sie sind nicht aufeinander abgestimmt. Damit wird ohne Korrekturen eine regional fragmentierte Landschaft entstehen, bei der ein Zuweisungsprozess oder eine Rezeptvergabe zwar durchgängig digital funktioniert, aber in Zürich nicht gleich ist wie im Aargau oder im Waadtland.

Je nach Anbieter müssen die Leistungserbringer andere Prozesse einführen, in andere Systeme investieren, sich anders anschliessen – und erreichen nur diejenigen, die an derselben Gemeinschaft angeschlossen sind. Ein Wechsel des Anbieters wird damit unsinnig aufwändig.

Die Folge: regionale Monopole aufgrund spezifischer («proprietären») Vorgaben statt freier Konkurrenz um besten Service, basierend auf (inter)nationalen Standards. Vor kurzem ist klar geworden, dass das sogar beim EPD in einem Bereich der Fall ist: laut letzten Einträgen auf der eHealth Suisse Website können Stammgemeinschaften den angeschlossenen Leistungserbringern vorschreiben, welche Identitätsanbieter zu verwenden sind.

Wenn ich ein Dossier habe, ist es leer?

Es gibt bisher erst wenige Bürgerinnen und Patienten, die nicht nur vom EPD wissen, sondern auch schnell eines einsetzen wollen. Es sind die «first movers», die sich davon viel versprechen. Und die wir überzeugen und begeistern sollten, um das Patientendossier zum Erfolg zu führen.

Sie werden als Erstes eine elektronische Identität (eID) brauchen, um dann ein EPD eröffnen zu können. Glücklicherweise hat die schweizerische Stammgemeinschaft Abilis angekündigt, im ganzen Land einen «one-stop-shop» für Identifikation und Eröffnung in vielen Apotheken anzubieten. Ansonsten ist das Angebot der Stammgemeinschaften noch unbekannt oder absehbar beschränkt, zum Beispiel auf wenige grosse Spitäler.

Aus den Versuchen in Genf und Basel ist bekannt, dass Patientinnen und Bürger mit einem frisch

eröffneten EPD erwarten, innert vier Stunden all ihre wichtigen Dokumente dort vorzufinden.

Auch wenn das nicht geht: Ganz leer sollte es nun auch nicht sein, bevor der Patient selber etwas hineinstellt. Es gibt durchaus Organisationen, die viele und wichtige medizinische Daten etwa zur Medikation digital zur Verfügung haben: zum Beispiel Apothekenketten, Managed Care Praxennetzwerke oder Krankenkassen. Hier bietet sich die Chance, einem Kunden einen wertvollen Dienst zu bieten – vielleicht verbunden mit zusätzlichen, kostenpflichtigen Services? Damit wäre auch hier ein Nutzen für Alle erzielbar.

Der Autor

Max Hofer, Stv. Geschäftsführer und Leiter Beratung BINT, Vorstandsmitglied IHE Schweiz, Beratungsmandate u.a. für das BAG (EPD-Zertifizierung), für Gemeinschaften und bei mehreren Kliniken für einen effizienten, nachhaltigen Anschluss ans EDP und Nutzung von B2B-Diensten.



Max Hofer, Stv. Geschäftsführer und Leiter Beratung BINT, Vorstandsmitglied IHE Schweiz



crona – Behaglich und funktional.

Der ideale Begleiter für die Cafeteria.

brunner ::
www.brunner-group.com