



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bundesamt für Gesundheit
Koordinationsorgan eHealth Bund – Kantone
Geschäftsstelle
Herr Stefan Wyss
3003 Bern

Ort, Datum
Ansprechpartnerin

Bern, 22. Dezember 2008
Caroline Piana

Direktwahl
E-Mail

031 335 11 53
caroline.piana@hplus.ch

H+ Anhörungsantwort eHealth Strategie, Teilprojekt Standards und Architektur

Sehr geehrter Herr Wyss

Sie haben uns eingeladen, uns zu den ersten Vorschlägen des Teilprojekts „Standards und Architektur“ der eHealth Strategie zu äussern, wofür wir Ihnen bestens danken. Als nationaler Spitzenverband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen sind wir von den Auswirkungen der geplanten Strategie stark betroffen. Wir haben Ihren Fragebogen unseren Mitgliedern zur Stellungnahme unterbreitet und nehmen darauf basierend gerne wie folgt Stellung:

Grundsätzlich sind wir einverstanden mit der Richtung, welche das Teilprojekt „Standards und Architektur“ einschlägt. Gestatten Sie uns dazu aber noch einige Anmerkungen:

Spitalinterne elektronische Datenaufbereitung zu aufwändig

Die spitalinterne elektronische Datenaufbereitung ist sehr auf die Technologien für die Diagnostik und kurative Eingriffe ausgerichtet. Die Datenaufbereitung für weitere Verwendungen ist zumeist nicht eingeplant und muss mittels einer „Middle-Ware“ aufbereitet werden. Bereits kleinere Spitäler sehen hier eine grosse Herausforderung mit erheblichem Ressourcenaufwand, der weder für die Patienten noch für das Personal vordergründig rasch einen Mehrnutzen bringt; im Gegenteil. Spitäler müssen also für eine übergreifende Spital-Technologie-Architektur einen beachtlichen Aufwand erbringen und ein eigentliches Change-Management in den Prozessen durchführen.

Muss ein Spital 10 CDA-Felder ausfüllen und benötigt es pro Feld durchschnittlich 30 Sekunden, beträgt der zeitliche Aufwand je Dokument 5 Minuten. Bei einem Universitätsspital mit 45'000 jährlich bedeutet dies einen unverhältnismässig hohen Zeitaufwand von insgesamt über 156 Tage!!

Spitalübergreifende elektronische Datenaufbereitung: Interoperabilität muss gewährleistet sein

Sowohl zwischen den einzelnen Kliniken eines Spitals wie auch zum Teil bereits zwischen Spitälern werden Bild-Dateien elektronisch ausgetauscht. Der elektronische Datentransport-Umfang (Grösse der Datei) stellt dabei eine Herausforderung dar. Die notwendige ICT-Infrastruktur für die Datenaufbereitung (HL7 und HL7 CDA) mit vertretbaren Rechnerzeiten sowie der korrekten Archivierung und der Protokollzugriffe sollten interoperabel sein. D.h. Spitäler oder deren ICT-Zulieferanten, die bereits eine Lösung haben, dürfen nicht vor einen „Totalneuaufbau“ gestellt werden. Die Verwendung internationaler Normen gemäss dem Vernehmlassungsvorschlag ist daher ein gut gangbarer Weg.

Netzwerke: verschlüsselte Datenübertragung sowie einheitliche Identifikation der Parteien unabdingbar

Die Kommunikation via elektronischem Datenverkehr in Netzwerken, sei es Inhouse oder mit externen Parteien, DARF nur verschlüsselt und unter Protokollierung erfolgen. Hier müssen unserer Meinung nach die eGovernment-Standards (eCH-Standards) als zwingend beigezogen werden.

Die Identifikation der Kommunikationsparteien muss einheitlich geregelt sein, d.h. es muss eine Abstimmung erfolgen zwischen Health Professional Card, Patientenidentifikations-Record gem. Versichertenkarte KVG, UPI gem. Registerharmonisierung (neue AHV-Nr.) und einer klar referenzierbaren Datenquelle, die sowohl für die Qualität wie auch Korrektheit (Haftung) der bereitgestellten Daten verantwortlich ist. Den Lösungsansatz der OID (Objekt-Identifikatoren) erachten wir als sinnvoll. Die Institutionen müssen aber ein Qualitätslabel und auch minimale Service Level Agreements ausweisen.

Die Kompatibilität zu Standardisierungs-Gremien muss beibehalten werden (z.B. eCH-Standard 0089 Medizinische Dokumente), damit keine unnötigen Doppelspurigkeiten entstehen.

Spitaldatenbereitstellung für elektronische Rechnungen an Kostenträger (UVG und KVG): bisherige Erfahrungen einbeziehen

Die entsprechende Infrastruktur ist in etwelchen Spitälern in Zusammenarbeit mit „Intermediären“ oft bereits vorhanden. Diese unterscheidet sich erheblich von jener der diagnostisch oder kurativ genutzten elektronischen Datenaufbereitung. Hier braucht es einheitlich definierte Datenfeld-Inhalte, die Art der Aufbereitung, die Nomenklatur, Feldbezeichnung u.a., damit Doppelspurigkeiten behoben werden können (Abtippen von einem System in ein an-

deres) und die ICT-Zulieferanten „Middle-Ware“ bereitstellen können. Was für Daten dann bereitgestellt werden, ist eine andere offene Frage.

Wir empfehlen, die laufenden regionalen „Versuche“, die bereits operativ sind, einzubeziehen. Die vorhandenen Mängel und Delta zum „Soll“ müssen sorgfältig analysiert werden, insbesondere im Bereich der Datenverschlüsselung und Datenübertragungsprotokollierung. Weiter empfehlen wir, „Quasi-Standardisierungs-Gremien“ mit gut verbreiteter Praxisausrichtung (Forum Datenaustausch) und deren Vorgaben (XML 4.0 und höher für Rechnungsdatenbereitstellung) einzubeziehen.

Fragekatalog

Ihre Fragen haben wir direkt im beigelegten Fragebogen beantwortet. Der Fragebogen ist unserer Ansicht nach unglücklich nummeriert. Eine Nummerierung analog zum Dokument „Standards + Architektur“ wäre hilfreicher gewesen.

Wir bitten Sie freundlich, unsere Bemerkungen und Anliegen zu berücksichtigen. Bei Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor



Caroline Piana
Leiterin Tarife, eHealth und Statistik

Fragekatalog



Fragen zu „Standards und Architektur „eHealth Schweiz“

Name der Organisation: H+ Die Spitäler der Schweiz
Name und Funktion der Ansprechperson: Caroline Piana, Leiterin Tarife, eHealth und Statistik
Adresse und Mail: Lorrainestrasse 4a, 3013 Bern / caroline.piana@hplus.ch
Ort und Datum: Bern, 19. Dezember 2008
Besten Dank für die Rücksendung an stefan.wyss@ehealth.admin.ch bis zum **19. Dezember 2008**.

	Zustimmung	Zustimmung mit Vorbehalten	Ablehnung
1. Grundsätzlich Die ersten Vorschläge zu „Standards und Architektur“ entsprechen unseren Vorstellungen und sind für das Thema zielführend.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Begründung Vorbehalt/Ablehnung:</u> Die Teilprojektgruppe versucht aufzuzeigen, dass der Weg der kleinen Schritte zum Ziel führt. Der Vorschlag berücksichtigt die föderalistische Struktur der Schweiz und zeigt mögliche Wege auf, wie die Interoperabilität in diesem komplexen Umfeld umgesetzt werden kann. Überzeugend sind die folgenden Argumente: <ul style="list-style-type: none"> - eindeutige Identifikation der Akteure, der Datenobjekte, der Systeminteraktionen - gemischtes eHealth-System mit zentralen und autonomen Anforderungen - Zertifizierung der Standards HL7, DICOM u.A. - Konzepte wie IHE, Conectaton Die Wirkung dieser Vorschläge auf die Funktionsfähigkeit in den Spitälern, ihren Systemen und ihren Prozessen hin soll mit qualitätssichernden Messmethoden gemessen werden. <ul style="list-style-type: none"> - Bereits heute tauschen sich gleichgerichtete Spitäler (Bsp. UPK Basel, PUK Zürich, UPD Bern) im Rahmen von qualitätssichernden Massnahmen und Benchmarks (Pilotprojekt KIQ, CIRS) aus. Solche Instrumente bestehen bereits oder sind in der Implementierungsphase. Wir erachten es als wichtig, die bestehenden Synergien zu nutzen um das System nicht noch zusätzlich zu belasten. - Die Akteure könnten im Rahmen von Pilotversuchen die Funktionsfähigkeiten testen und schrittweise ausdehnen. - Im Rahmen von QM-Audit-Befragungen und einigen quantitativen Messwerten könnten die Prozesse 			

stichprobenmässig überprüft werden.

Unserer Meinung nach sollten die direkten Nutzniesser die Kosten für dieses System tragen, also als Vertretung der Bürger der Bund und die Kantone zu 100%. Die Leistungserbringer sollten für allfällige Betriebskosten aufkommen. Es ist zu beachten, dass genügend Anreize die Motivation der Leistungserbringer für ein solches System erhöht.

2. Vorschlag 1: Grundsätze als Basis (Seite 2)

Die allgemeinen Grundsätze, die als Basis für die Vorschläge zu Standards und Architektur dienen, entsprechen unseren Vorstellungen.



Begründung Vorbehalt/Ablehnung:

- die folgenden Grundsätze erachten wir als realistisch und angemessen.
- Es ist wichtig, dass das komplexe systemische Umfeld schrittweise auf die vielschichtigen Themen sensibilisiert und integriert wird. Das Ziel sollte nicht eine schnelle, sondern eine nachhaltige Einführung der lebenslangen elektronischen Patientenakte sein.
- Deshalb unterstützen wir die geforderten Grundsätze.

3. Vorschlag 2: Basiskomponenten der Architektur (Seite 4)

Mit den vorgeschlagenen Basiskomponenten sind die allgemeinen Grundsätze umsetzbar.



Begründung Vorbehalt/Ablehnung:

- Die vorgeschlagene Mischarchitektur erachten wir im heutigen politischen Umfeld als erstrebenswert.
- Für uns ist nicht absehbar, ob alle Kantone, gemäss dem Vorbildkanton St. Gallen, die gesamte Gesundheitsstrategie überdenken wollen.
- Hier sehen wir die grössten Umsetzungsprobleme.
- Es ist nicht die IT-Technik welche es zu installieren gilt, sondern die organisatorischen Aspekte zwischen Bund, Kanton, Kostenträgern und Leistungserbringern spielen eine weitaus grössere Rolle und stellen die Herausforderung dar.
- Es müssen klare Referenz-Datenquellen sein, die für die Richtigkeit der Daten, deren Aktualität und der korrekten Verwendung auch juristisch belangbar sind und auch für den einzelnen Bürger nachvollziehbar sind.
- Dies ist primär eine gesundheitspolitische Frage, welche eigentlich als erster Schritt beantwortet werden müsste. Ist die Zeit reif für eine konstruktive Zusammenarbeit und zum Wohl des Patienten?
- Die Interessen des Patienten müssen im Vordergrund stehen!

Zugriff zum Patientenverzeichnis/-register soll rein administrativ nur Health Professionals, Leistungserbringer und Kostenträger erhalten. Die Einträge für das Patientenverzeichnis/-register mit den reinen administrativen Daten sollten zentral auf Bundesebene (analog AHV-Karte) gepflegt werden.

4. Vorschlag 3: Instrumente (Seite 4)

Die vorgeschlagenen Instrumente, welche im Rahmen der Einführung der Versichertenkarte vorgesehen sind, unterstützen nach unseren Vorstellungen die Umsetzung der Architekturelemente.



Begründung Vorbehalt/Ablehnung:

- Die Versichertenkarte kann als erster Schritt zur Sensibilisierung des Volkes angesehen werden.
- Zusätzlich aufzunehmen als Instrument sind der 13-stellige AHV-Ausweis mit UPI, das Med-Berufegesetz-Register und das refData-Register.
- Es ist zu prüfen, ob die Versichertenkarte als möglicher Identifikationsschlüssel ausreichend ist, vielleicht gibt es sicherere Methoden.
- Die Möglichkeit der Nutzung des "Speicherchips" erachten wir als bedingt nutzbar und sollte kritisch

hinterfragt werden. Was nützt uns ein eingeschränkter Datensatz? Wer hat die Datenhoheit (schreiben, ändern, löschen)? Wie sind die Verantwortlichkeiten und die rechtlichen Belange geregelt? Der Speicherchip löst viele offene Fragen auf (Kundenservice, Investitionen, Verantwortlichkeiten), welche zuerst geklärt werden müssen.

5. Vorschlag 4: Prioritäre Hauptprozesse (Seite 5)

Ein schrittweises Vorgehen auf dem Weg zur Interoperabilität ist richtig, und die beiden vorgeschlagenen Hauptprozesse sind aufgrund ihrer Relevanz und Häufigkeit als prioritär zu betrachten.



Begründung Vorbehalt/Ablehnung:

siehe Argumentation unter Punkt 1.

6. Vorschlag 5: Empfohlene Standards in der Startphase (Seite 6)

Die vorgeschlagenen internationalen Standards sind geeignet, die Umsetzung der Architektur und prioritären Prozesse zu ermöglichen.



Begründung Vorbehalt/Ablehnung:

- IHE ist eine gute Wahl.
- CDA-CH scheint sehr limitiert zu sein, um andere Dinge zu unterstützen als klinische Dokumente und erfüllt die notwendige Berichterstattung nicht.
- Für Dokumente sollte ein Transfer-Standard wie PDF vorgeschlagen werden.
- Die Umsetzung des CDA mit den strukturierten Dokumenten wird die wichtigen technischen Kosten enthalten, aber nicht diejenigen für die Erfassung der Informationen.
- Es wäre wichtig, eine Zertifizierung der Standards anzustreben.
- In den Standards muss die Referenzierung zu den eCH-Standards gemacht werden.