

**Gesundheitsnetz 2025
Elektronischer Austausch von
Patientendaten - EAP**

**Identifikation von
erfolgsversprechenden
Handlungsfeldern**

Abschlussbericht

**im Auftrag des Gesundheits-
und Umweltdepartements der Stadt Zürich**

Juli 2010



Healthcare

Siemens IT Solutions and Services

SIEMENS

Auftraggeber

Stadt Zürich
Gesundheits- und Umweltdepartement
Walchestrasse 31
Postfach 3251
8021 Zürich

www.stadt-zuerich.ch/gud
www.gesundheitsnetz2025.ch

lic. iur. Michael Allgäuer,
Departementssekretär
+41 44 412 20 17
michael.allgaeuer@zuerich.ch,

Sandra Graf
Projektleiterin
+41 44 412 44 33
sandra.graf@zuerich.ch

Für Fragen oder ergänzende Auskünfte im Zusammenhang mit dem vorliegenden Dokument stehen Ihnen neben den Auftraggebern folgende Ansprechpartner gerne zur Verfügung:

Siemens Schweiz AG
Siemens IT Solutions and Services
Business Segment Healthcare
Freilagerstrasse 40
8047 Zürich

Dr. Andrea Engelhardt
Business Consultant Healthcare
+41 58 558 43 83
andrea.a.engelhardt@siemens.com

Siemens Schweiz AG
Healthcare
Freilagerstrasse 40
8047 Zürich

Dr. med. Serge Reichlin, EMBA HSG
Head Health Innovation
+41 58 558 12 69
serge.reichlin@siemens.com

Inhaltsverzeichnis

1	Management Summary	6
1.1	Projektziel und Vorgehen	6
1.2	Ergebnisse	6
1.3	Empfehlung für die nächsten Schritte	7
2	Projektziel und Vorgehensweise	9
2.1	Projektziel.....	9
2.2	Interviewpartner	9
2.3	Vorgehen.....	12
2.4	Beschreibung des Fragebogens und Ablauf der Interviews (vgl. Anhang)	13
2.5	Auswertung des Fragebogens und der Interviews	14
3	Ergebnisse der Fragebogen	16
3.1	Kontexte für den elektronischen Datenaustausch.....	16
3.2	Prozesse im vorwiegend medizinischen Kontext	19
3.3	Prozesse im vorwiegend administrativen Kontext.....	21
3.4	Partner und Richtung des Datenaustausches in den Prozessen.....	23
3.5	Medizinische Daten	26
3.6	Administrative Daten	29
4	Ergebnisse der Interviews	31
4.1	Beschreibung der Szenarien.....	31
4.2	Priorisierung der Szenarien.....	33
4.3	Nutzenpotential der Szenarien.....	34
4.4	Hürden und Hemmnisse	38
4.5	Allgemeine Widerstände, Chancen und Risiken	47
5	Bewertung der Ergebnisse	52
5.1	Übersicht der abgeleiteten prozessorientierten Handlungsfelder	52
5.2	Übersicht der abgeleiteten grundlegenden Handlungsfelder	53
5.3	Einordnung der Ergebnisse in den nationalen eHealth Kontext.....	54
5.4	Zusammenfassung der Handlungsfelder	58
6	Empfehlung für die nächsten Schritte	59
7	Priorisierung nächster Schritte durch das Gesundheits- und Umweltdepartement..	61
8	Anhang	67
8.1	Interviewte Einrichtungen und Personen	67
8.2	Fragebogen und Interviewleitfaden (s. folgende Seiten).....	68

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Auswahl der Gesprächspartner für die Interviews („innerer Kreis“).	10
Abbildung 2:	Gruppierung der interviewten Leistungserbringer über ihren Leistungsauftrag.	11
Abbildung 3:	Darstellung der Balance zwischen Anforderung und Nutzen.	12
Abbildung 4:	Illustration der Vorgehensweise bei der Identifikation von Handlungsfeldern.	13
Abbildung 5:	Farbliche Codierung der Antwortkategorien.	16
Abbildung 6:	Farbliche Codierung der Anzahl der Nennungen.	23
Abbildung 7:	Illustration der verschiedenen Handlungsfelder.	52
Abbildung 8:	Darstellung der prozessorientierten Handlungsfelder und vereinfachte Zuordnung der identifizierten Projekte.	53
Abbildung 9:	Darstellung der grundlegenden Handlungsfelder und Rahmenbedingungen.	54
Abbildung 10:	Studie zur Nutzevaluation von eHealth in der Schweiz, Mai 2009.	55
Abbildung 11:	Mangelnde Koordination von eHealth Aktivitäten.	55
Abbildung 12:	Hürden für eHealth (1).	56
Abbildung 13:	Hürden für eHealth (2).	57
Abbildung 14:	Basiskomponenten der Architektur „eHealth Schweiz“.	57
Abbildung 15:	Empfehlungen für nächste Schritte.	60
Abbildung 16:	Nächste Schritte und Priorität für das Gesundheits- und Umweltdepartement im prozessorientierten Handlungsfeld Einrichtungsübergreifende Behandlung.	62
Abbildung 17:	Nächste Schritte und Priorität für das Gesundheits- und Umweltdepartement im prozessorientierten Handlungsfeld Übertrittsmanagement.	63
Abbildung 18:	Nächste Schritte für das Gesundheits- und Umweltdepartement im grundlegenden Handlungsfeld Identitätsservices.	64
Abbildung 19:	Nächste Schritte und Priorität für das Gesundheits- und Umweltdepartement im grundlegenden Handlungsfeld eHealth Project Office.	65
Abbildung 20:	Nächste Schritte für das Gesundheits- und Umweltdepartement im Bereich der Rahmenbedingungen.	66

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Darstellung des Datenaustausches unter den befragten Einrichtungen mit der Angabe, ob die Daten gesendet und / oder empfangen werden sollen.....	25
Tabelle 2:	Auflistung der diskutierten Szenarien mit Total der Nennungen.....	33
Tabelle 3:	Nutzenargumentation für die eigene Einrichtung.....	35
Tabelle 4:	Nutzenargumentation für den Patienten resp. die Behandlungskette.....	36
Tabelle 5:	Nutzenargumentation für die Kostenträger.....	37

1 Management Summary

1.1 Projektziel und Vorgehen

Zitat: „Das Projekt "Elektronischer Austausch von Patientendaten - EAP" entwickelt eine Strategie und ein Konzept für die Einführung des elektronischen Austausches von Patientendaten zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen in der Stadt Zürich. Daten spielen im Gesundheitswesen eine grosse Rolle. Das Datenmanagement hat Einfluss auf die Kosten und die Qualität der Gesundheitsversorgung. EHealth befasst sich mit dem integrierten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT) und bezweckt, die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen durch standardisierte elektronische Prozesse miteinander zu verbinden“.¹

Ziel des Auftrages ist es, das Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich dabei zu unterstützen, die Strategie und das Konzept für den elektronischen Austausch von Patientendaten im Rahmen des oben genannten Projektes zu realisieren.

Um erfolgversprechende Handlungsfelder zu identifizieren und potentielle Partnereinrichtungen zu evaluieren, wurden mit sechzehn Einrichtungen im Raum Zürich Interviews durchgeführt. Ziel dieser Interviews war es zu ermitteln, wo die Einrichtungen heute in Bezug auf einen elektronischen Austausch von Patientendaten stehen, welche Projekte sie mit welchen Erwartungen und Zielsetzungen verfolgen. Eine grundlegende Anforderung an diese Interviews war es, eine balancierte Betrachtung von Anforderung und Nutzen für einen elektronischen Austausch von Patientendaten in Zürich zu erhalten, aus der sich Handlungsfelder und möglichst konkrete Vorgehensweisen für deren Realisierung ableiten lassen.

Die Interviews wurden in einen Fragebogen und einen Interviewleitfaden gegliedert. Der Fragebogen diente zum einen der Standortbestimmung und zum anderen als Grundlage für die Definition von Szenarien, in denen ein elektronischer Austausch von Patientendaten aus Sicht der Einrichtungen einen Nutzen für die eigene Einrichtung, den Patienten oder einen Kostenträger bringt. Für die jeweils wichtigsten Szenarien wurden im weiteren Verlauf des Interviews die Hürden und Hemmnisse, die einer Realisierung der Szenarien im Wege stehen, diskutiert. Unabhängig von den Szenarien wurde nach Widerständen, Chancen und Risiken in Bezug auf einen elektronischen Austausch von Patientendaten gefragt.

Die interviewten Einrichtungen wurden entsprechend ihrem Leistungsauftrag in drei Gruppen eingeteilt: Spitäler, niedergelassene Ärzte / Zuweiser und Nachsorgeeinrichtungen. Die Ergebnisse werden basierend auf diesen Gruppeneinteilungen dargestellt.

1.2 Ergebnisse

Die anhand der Interviews identifizierten erfolgsversprechenden Handlungsfelder sind in prozessorientierte und in grundlegende Handlungsfelder unterteilt. Die prozessorientierten Handlungsfelder wurden aus den Szenarien abgeleitet, die von den Einrichtungen in den Interviews am höchsten priorisiert wurden. Die grundlegenden Handlungsfelder sind aus den diskutierten Hürden und Hemmnissen und Chancen, Widerständen und Risiken abgeleitet. Ein weiterer Handlungsbedarf besteht im Bereich von Rahmenbedingungen, die notwendig sind, um die Handlungsfelder realisieren zu können.

¹ <http://www.gesundheitsnetz2025.ch/alle-projekte/datenaustausch/beschreibung/>

Beschreibung der prozessorientierten Handlungsfelder

Die einrichtungsübergreifende Behandlung sowie das Ein- und das Austrittsmanagement sind die drei am häufigsten genannten Szenarien. Als weitere Szenarien wurden die „Anforderung von Diagnostik“, die „elektronische Kostengutsprache (eKoGu)“, die „Stammdaten“ und der „Notfall“ genannt.

Diese Szenarien werden in einen strategischen Kontext gebracht, wobei das Übertrittsmanagement (bestehend aus Ein- und Austrittsmanagement) und die einrichtungsübergreifende Behandlung als Handlungsfelder bezeichnet werden. Die Szenarien „Anforderung von Diagnostik“, „eKoGu“, „Stammdaten“ und „Notfall“ werden im Rahmen der strategischen Ausrichtung der Handlungsfelder als Teilschritte betrachtet.

Beschreibung der grundlegenden Handlungsfelder

Als ein grundlegendes Handlungsfeld lässt sich in erster Linie der Bedarf nach professioneller Koordination und Projektleitung im Sinne eines „eHealth Project Office“ erkennen, das Themen wie die Erstellung von Businessplänen, die Evaluation von strategiekonformen Technologien und die Betreuung von Partnern abdeckt. Identitätsservices mit dem Ziel, einen zentralen Stammdatensatz und ein zentrales Rollenkonzept zur Verfügung zu stellen, kann als zweites grundlegendes Handlungsfeld identifiziert werden.

Rahmenbedingungen

Zu den Rahmenbedingungen zählen Themen, wie die Weiterentwicklung der Zürcher eHealth Strategie, die Sicherstellung der Finanzierung sowie verbindliche Klärung von Rechts-, Prozess- und Technologiefragen.

1.3 Empfehlung für die nächsten Schritte

Gemeinsam mit Vertretern des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich wurden die identifizierten erfolversprechenden Handlungsfelder analysiert und in Bezug zur Strategie der Stadt Zürich und aktuell anstehenden Projekten gesetzt.

In einem ersten Schritt wird der Aufbau eines eHealth Project Office empfohlen, um den Bedarf an Koordination und professionellem Projektmanagement für eHealth Projekte in der Stadt Zürich zu decken.

Projekte in den grundlegenden Handlungsfeldern sollen übergreifende, standardisierende Dienstleistungen ermöglichen. Eine Definition der Stammdaten, Erarbeiten eines Rechte- und Rollenkonzeptes für ein sicheres, datenschutzrechtlich konsistentes Identitäts- und Zugriffsmanagement und dessen Umsetzung soll entsprechend der strategischen Ausrichtung im Sinne von Identitätsservices prioritär angegangen werden, da diese die Grundlagen für alle prozessorientierten Handlungsfelder bilden.

In den prozessorientierten Handlungsfeldern bedarf es mindestens zweier Einrichtungen, die miteinander elektronisch kommunizieren. Dazu müssen diese Einrichtungen seitens der IT dafür bereit sein (IT Readiness) und, um ein gemeinsames Projekt zeitnah durchführen zu können, über die notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen verfügen, bzw. diese zur Verfügung stellen können.

Eine Umsetzung des Ein- und Austrittsmanagement wurde von verschiedenen Institutionen als nutzbringend und entsprechend hoch priorisiert. Als zusätzlicher Vorteil kann auf bestehenden Projekten und Prozessdefinitionen (wie Spitex-Spitin, Spitexpress, Portalprojekte der Stadtspitäler) aufgesetzt werden. Diese Tendenz wird zusätzlich durch die Einführung einer schweizweiten Fallpauschale (Swiss DRG) forciert.

Im Detail haben sich in den Diskussionen die folgenden Projekte herauskristallisiert:

Projekte im prozessorientierten Handlungsfeld „Einrichtungsübergreifende Behandlung“:

- Erweiterte Stammdaten
- eKoGu
- Notfall
- Anforderung von Diagnostik
- Netzakte

Projekte im prozessorientierten Handlungsfeld „Übertrittsmanagement“:

- Erweiterte Stammdaten
- Austrittsmanagement
- Eintrittsmanagement

Projekte im grundlegenden Handlungsfeld „Identitätsservices“:

- Rechte- und Rollenkonzepte
- Identity- und Accessmanagement

Projekte im grundlegenden Handlungsfeld „eHealth Project Office“:

- Gründung eines eHealth Project Office ZH
- Partnerbetreuung
- Technologie Evaluation

Zu behandelnde Themen im Bereich der Rahmenbedingungen:

- eHealth Strategie Zürich
- Finanzierung / Businessplan
- Verbindliche Rechts-, Prozess- und Technologiedefinitionen

Auf Basis von geklärten Rahmenbedingungen können Projekte aus den grundlegenden Handlungsfeldern und aus dem Bereich der prozessorientierten Handlungsfelder parallel gestartet und verfolgt werden.

2 Projektziel und Vorgehensweise

2.1 Projektziel

Elektronischer Austausch von Patientendaten - EAP

„Eine integrierte Gesundheitsversorgung, in der verschiedene Leistungserbringer Hand in Hand arbeiten, benötigt unterstützende Informatikprozesse und -systeme. Insbesondere sollen vertrauliche Patientendaten den behandelnden Fachpersonen zugänglich gemacht werden. Das Projekt "Elektronischer Austausch von Patientendaten - EAP" entwickelt eine Strategie und ein Konzept für die Einführung des elektronischen Austausches von Patientendaten zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen in der Stadt Zürich. Daten spielen im Gesundheitswesen eine grosse Rolle. Das Datenmanagement hat Einfluss auf die Kosten und die Qualität der Gesundheitsversorgung. EHealth befasst sich mit dem integrierten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT) und bezweckt, die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen durch standardisierte elektronische Prozesse miteinander zu verbinden.“²

Auftrag

Ziel des Auftrages ist es, das Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich dabei zu unterstützen, die Strategie und das Konzept „für die Einführung des elektronischen Austausches von Patientendaten zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen in der Stadt Zürich“ zu entwickeln.

Es wurden Interviews durchgeführt, um erfolgversprechende Handlungsfelder zu identifizieren und potentielle Partnereinrichtungen für deren Umsetzung zu evaluieren. Diese vertiefte Analyse der Leistungserbringer soll ausserdem ein Bild davon vermitteln, wo die Einrichtungen heute in Bezug auf einen elektronischen Austausch von Patientendaten stehen, und welche Projekte sie mit welchen Erwartungen und Zielsetzungen verfolgen.

Ziel der Interviews ist es, eine balancierte Betrachtung von Anforderung und Nutzen für einen elektronischen Austausch von Patientendaten in Zürich zu erhalten, aus der sich Handlungsfelder und möglichst konkrete Vorgehensweisen ableiten lassen.

2.2 Interviewpartner

Aus der Liste der Einrichtungen, die Patienten aus dem Grossraum Zürich betreuen, wurden die wichtigsten angeschrieben mit der Bitte, sich für ein Interview zu diesem Thema zur Verfügung zu stellen.

Angeschrieben wurden insgesamt neunzehn Einrichtungen, wovon sich sechzehn zu einem Interview bereit erklärten. Eine Liste der interviewten Einrichtungen mit den jeweiligen Gesprächspartnern befindet sich im Anhang.

Der Kreis der eingeladenen Zielgruppe setzt sich aus Spitälern, niedergelassenen Ärzten, Rehabilitationskliniken und ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie weiteren Einrichtungen wie Altersheime, Schutz und Rettung Zürich und den Städtischen Gesundheitsdiensten zusammen.

² <http://www.gesundheitsnetz2025.ch/alle-projekte/datenaustausch/beschreibung/>

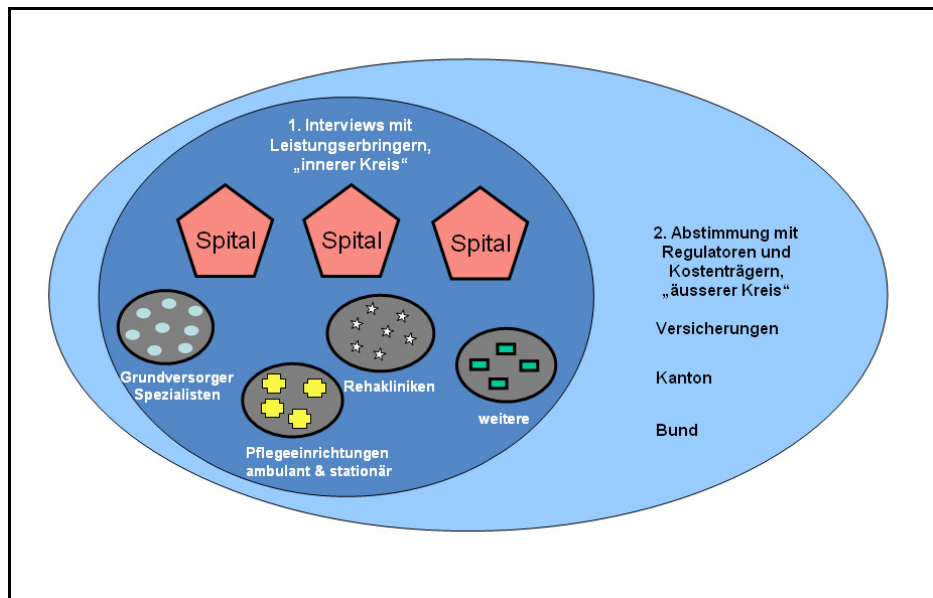


Abbildung 1: Auswahl der Gesprächspartner für die Interviews („innerer Kreis“).

Die Wahl dieses „inneren Kreises“ (vgl. Abbildung 1) wurde mit der Überlegung getroffen, dass alle an dem Betreuungs- und Behandlungsprozess beteiligten Leistungserbringer repräsentiert sind und sich so aus den Interviews Anforderungen und Nutzen an einen elektronischen Datenaustausch identifizieren und beschreiben lassen. Gleichzeitig wurde angestrebt, Anforderung und Nutzen in einer gegenseitigen Balance zu betrachten (Interviewgrundsatz vgl. Abbildung 3).

Dieser Bericht fasst die Ergebnisse zum Thema elektronischer Austausch von Patientendaten in Zürich zusammen und ermöglicht in einem zweiten Schritt mit den Partnern, insbesondere den Regulatoren und Kostenträgern („äusserer Kreis“ in Abbildung 1), die Diskussion in den erfolgsversprechenden Handlungsfeldern zu vertiefen und eine mögliche Umsetzung zu diskutieren.

Es ist davon auszugehen, dass durch den Versorgungsauftrag die Anforderungen an einen elektronischen Austausch von Patientendaten gesteuert sind und eine hierauf basierende Gruppenbildung die Ergebnisse verdeutlichen wird. Die interviewten Einrichtungen wurden daher in folgende drei Gruppen eingeteilt: „Spitäler“, „niedergelassene Ärzte / Zuweiser“ und „Nachsorgeeinrichtungen“.

Die Gruppierungen umfassen die folgenden interviewten Einrichtungen (vgl. Abbildung 2):

Gruppe „Spitäler“

- Stadtspital Triemli (STZ)
- Stadtspital Waid (SWZ)
- Universitätsspital Zürich (USZ)
- Spital Zollikerberg
- Spitalgruppe Hirslanden
- Psychiatrische Universitätsklinik (PUK)

Gruppe „Niedergelassene Ärzte / Zuweiser“

- Verein Hausärzte der Stadt Zürich (VHZ)
- AerzteGesellschaft des Kantons Zürich (AGZ)
- Schutz und Rettung Zürich (SRZ)

Schutz und Rettung wurde den Zuweisern zugeordnet, da sie an einem grossen Teil von Über- und Zuweisungen in die Spitäler beteiligt sind.

Gruppe „Nachsorgeeinrichtungen“

- Spitex Zürich Limmat
- Spitex Zürich Sihl
- Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ)
- Altersheime der Stadt Zürich (AHZ)
- Städtische Gesundheitsdienste (SGD)
- RehaClinic Zurzach
- Zürcher Höhenkliniken Wald & Davos

Die Städtischen Gesundheitsdienste liessen sich mit ihren dedizierten, spezialisierten Dienstleistungen schwer einer der drei Gruppen zuordnen und wurden arbiträr als „Nachsorgeeinrichtung“ klassifiziert.

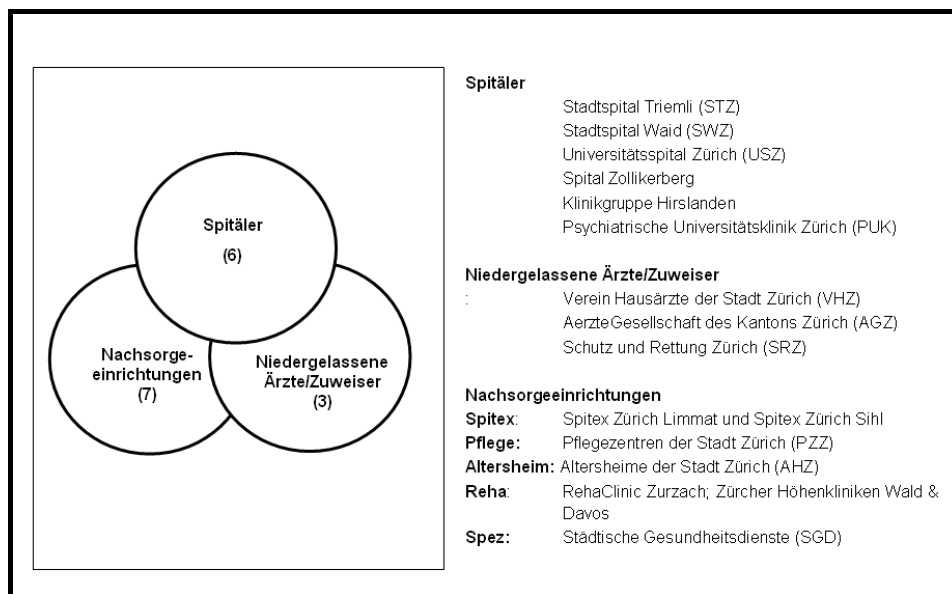


Abbildung 2: Gruppierung der interviewten Leistungserbringer über ihren Leistungsauftrag.

2.3 Vorgehen

Strukturierter Fragebogen und Interview

Um gleichzeitig sowohl die individuellen Bedürfnisse und Sichtweisen der interviewten Leistungserbringer aufnehmen zu können, als auch eine Standardisierung der Aussagen zu ermöglichen, wurde eine zweistufige Vorgehensweise gewählt, die einen vorbereitenden strukturierten Fragebogen und ein protokolliertes Interview mit entsprechendem Leitfaden kombiniert (vgl. Fragebogen im Anhang).

In den Interviews wurde zuerst der Fragebogen diskutiert. Darauf basierend wurden Szenarien mit positivem Anforderung-Nutzen-Profil abgeleitet. Die am höchsten priorisierten Szenarien wurden im weiteren Verlauf des Interviews eingehend besprochen und sowohl der Nutzen als auch die Anforderungen, Hürden und Hemmnisse bei ihrer Umsetzung wurden diskutiert.

Ein wichtiger Aspekt bei der Identifikation der erfolgversprechenden Handlungsfelder ist die Forderung, dass die Anforderungen an einen elektronischen Austausch von Patientendaten einem Nutzen gegenüber gestellt werden und diese beiden sich zumindest die Waage halten müssen (vgl. Abbildung 3). Da die dargestellte Balance von Anforderungen und Nutzen einen wichtigen Grundsatz in der Bewertung darstellt, wurde sowohl im Fragebogen als auch den Interviews regelmässig darauf verwiesen.

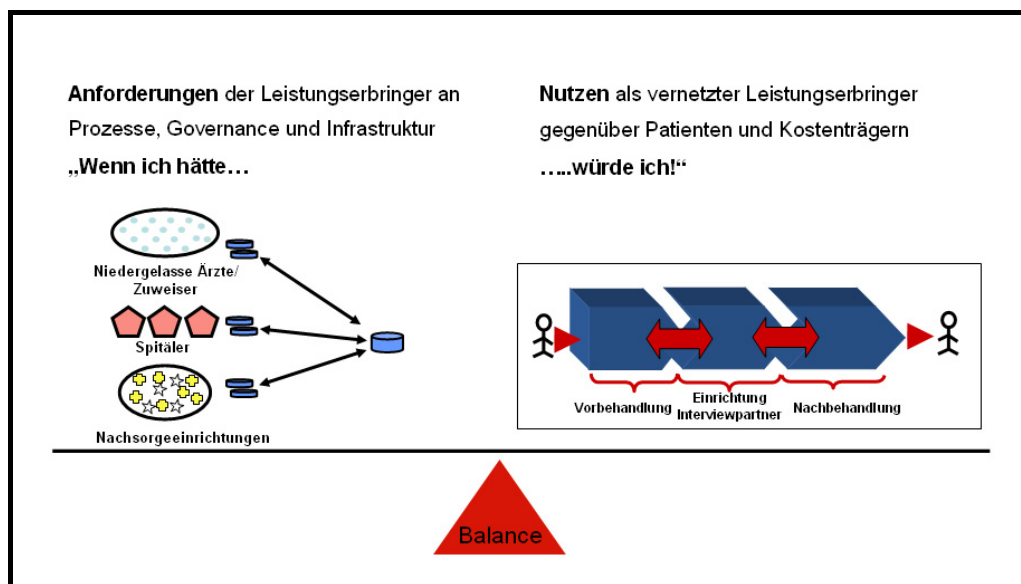


Abbildung 3: Darstellung der Balance zwischen Anforderung und Nutzen.

Ableitung der Handlungsfelder aus den Ergebnissen

Die Ergebnisse des strukturierten Fragebogens wurden quantitativ ausgewertet. Die in Balkendiagrammen dargestellten Ergebnisse geben einen Überblick, sie sind aber nicht als wissenschaftlich quantifizierte Resultate zu verstehen (vgl. Kapitel 3).

Die qualitative Auswertung der Interviews (vgl. Kapitel 4) orientierte sich an den Bewertungen und Priorisierungen durch die interviewten Einrichtungen, die auf dem Grundsatz der Anforderung-Nutzen-Balance beruht (vgl. Abbildung 3)

Die von den Interviewpartnern identifizierten und priorisierten Szenarien wurden zu „prozessorientierten Handlungsfeldern“ aggregiert und aus den Anforderungen bzw. der Beschreibung der Hürden und Hemmnisse wurden „grundlegende Handlungsfelder“ abgeleitet. Eine weitere Erkenntnis aus diesem Teil des Interviews ist, dass in den Rahmenbedingungen Defizite und Lücken bestehen, die für eine erfolgreiche Umsetzung der Handlungsfelder behoben bzw. geklärt werden müssen (vgl. Abbildung 4).

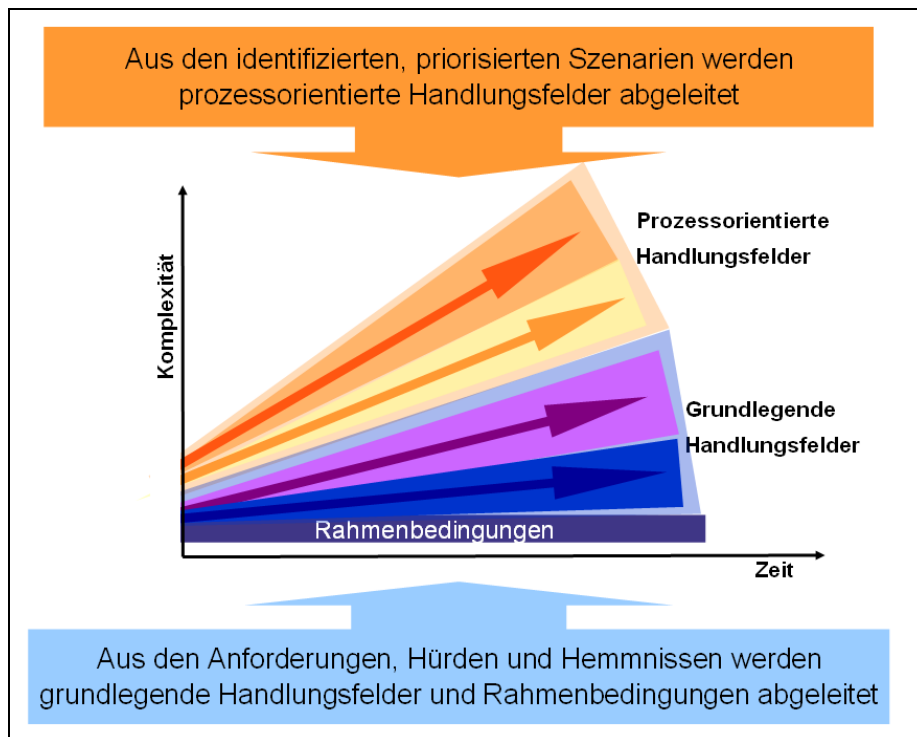


Abbildung 4: Illustration der Vorgehensweise bei der Identifikation von Handlungsfeldern.

Um eine vereinfachte Abgrenzung und Darstellung der Ergebnisse eines komplexen Themas zu ermöglichen, wurde eine Unterscheidung zwischen prozessorientierten und grundlegenden Handlungsfeldern getroffen. Um aber der Komplexität des Themas dennoch gerecht zu werden, wurden Unschärfen, Überlappungen und Abhängigkeiten in der Bewertung der Ergebnisse differenziert eingebracht.

2.4 Beschreibung des Fragebogens und Ablauf der Interviews (vgl. Anhang)

Fragebogen (s. Anhang)

Der Fragebogen (vgl. Anhang) und der Interviewleitfaden wurden in Workshops mit Vertretern der beiden Stadtspitäler Waid und Triemli unter Leitung der Auftragnehmer erarbeitet und in den beiden Stadtspitalern evaluiert.

Der Fragebogen besteht vorwiegend aus strukturierten Fragen und dient der Vorbereitung des Interviews (Frage 1.1. bis 2.5). Die einleitenden Fragen (1.1.bis 1.5) dienen dazu, die derzeitige

Situation bezüglich der elektronischen Datenerfassung und einem vielleicht heute schon stattfindenden elektronischen Datenaustausch darzustellen.

Die Fragen 2.1 bis 2.4 dienen dazu, den Kontext zu bestimmen und Prozesse zu definieren, in denen ein elektronischer Austausch von Patientendaten einen Nutzen in der Gesundheitsversorgung der Stadt Zürich bringen kann. In der letzten Frage (2.5) werden die bisherigen, priorisierten Antworten in einer Art Synthese reflektiert und Anwendungsszenarien als Diskussionsgrundlage abgeleitet.

Interview

Das eigentliche Interview besteht vorwiegend aus offenen Fragen (Fragen 3.1 bis 4.5). Basierend auf den Antworten zur Frage 2.5 wird im Interview diskutiert, welche möglichen Anwendungsgebiete und Szenarien sich näher definieren und deren Nutzen sich für die eigene Einrichtung, den Patienten bzw. den Behandlungspfad und für den Kostenträger aufzeigen lassen.

Ein weiterer Schwerpunkt in den Interviews wurde auf die Diskussion der Hürden und Hemmnisse gelegt, die der Umsetzung dieser möglichen Anwendungsgebiete und Szenarien im Wege stehen, sowie auf die Frage, was notwendig ist, um die angesprochenen Kontexte und Prozesse in naher Zukunft nutzbringend digital umsetzen zu können.

Interviewablauf

Sowohl der strukturierte Fragebogen als auch der Interviewleitfaden wurden den Interviewpartnern mit der Anfrage zum Interview (im Januar 2010) zugestellt.

Die Interviews dauerten zwei bis maximal drei Stunden pro Einrichtung und fanden im Zeitraum von März bis Mai 2010 statt.

Die strukturierten Fragebogen wurden von den Einrichtungen vorgängig ausgefüllt und zwei Wochen vor dem Interviewtermin an die Auftraggeber zurück geschickt.

Für die Interviews stellten sich Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Verfügung, die strategische, betriebliche und informationstechnologische Sichtweisen der jeweiligen Einrichtungen vertreten konnten und eine breit abgestützte Analyse und Diskussion ermöglichten (vgl. Liste der Interviewteilnehmer im Anhang).

Alle Interviews wurden protokolliert und die Protokolle den Einrichtungen zur Rückmeldung von Präzisierungen oder Korrekturen vor der Auswertung der Interviews zugestellt.

2.5 Auswertung des Fragebogens und der Interviews

Die quantitative Auswertung der Ergebnisse der Fragebogen (vgl. Kapitel 3) erfolgte basierend auf den oben beschriebenen Gruppeneinteilungen der Interviewpartner. Ziel der Darstellung ist es, die Tendenz der Antworten optisch aufzuzeigen. Aus dem Grunde wurde die Darstellung der Ergebnisse in Anlehnung an die Likertskalen gewählt, da sie den Vorteil hat, dass sie als Intervallskala interpretiert werden kann und so einen einfachen optischen Vergleich zwischen einzelnen Gruppen ermöglicht.

Die farbliche Codierung der Antwortkategorien wurde wie folgt gewählt: Grün für „ja“, gelb für „eventuell“ und rot für „nein“. Grau wurde für „nicht anwendbar“ verwendet (vgl. Abbildung 5).

Dargestellt werden nur Zahlen grösser als Null. Wurde eine Kategorie von keinem der Interviewpartner angekreuzt, wird sie nicht dargestellt.

Die in den Interviews näher definierten möglichen Anwendungsgebiete und Szenarien, deren Nutzen für die eigene Einrichtung, den Patienten bzw. den Behandlungspfad und für den Kos-

tensträger sowie die Antworten zu den Hürden und Hemmnissen wurden protokolliert und sind in diesem Bericht qualitativ ausgewertet und dargestellt (vgl. Kapitel 4).

Für die am häufigsten genannten Szenarien wurde der von den Einrichtungen angegebene Nutzen für die eigene Einrichtung, den Patienten bzw. die Behandlungskette und für den Kostenträger tabellarisch aufgezeigt. Dieser Teil des Interviews wurde nicht anhand von Vorgaben abgefragt, sondern frei diskutiert und die Resultate basieren demzufolge auf Spontannennungen.

In Workshops mit Vertretern des Gesundheits- und Umweltdepartements wurden die Ergebnisse der Fragebogen und Interviews aggregiert und bewertet. Aus den von den Einrichtungen identifizierten und hoch priorisierten Szenarien wurden prozessorientierte Handlungsfelder abgeleitet. Aus den Angaben zu Hürden und Hemmnissen wurden Handlungsfelder in Bereich von Rahmenbedingungen, Grundlagen und Voraussetzungen identifiziert (vgl. Abbildung 4).

Die so identifizierten Handlungsfelder wurden anschliessend zueinander in Beziehung gebracht. Des weiteren wurden die Ergebnisse im Kontext nationaler und internationaler Erfahrungen bewertet und schlussendlich Handlungsschritte abgeleitet (vgl. Kapitel 5).

3 Ergebnisse der Fragebogen

Die quantitative Auswertung der Ergebnisse der Fragebogen erfolgte basierend auf den in Kapitel 2 beschriebenen Gruppeneinteilungen der Interviewpartner. Die Darstellung als Balkendiagramm zeigt die Tendenz der Antworten auf und ermöglicht so einen einfachen optischen Vergleich zwischen einzelnen Gruppen.

Die farbliche Codierung der Antwortkategorien wurde wie folgt gewählt:

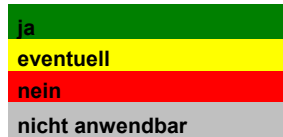


Abbildung 5: Farbliche Codierung der Antwortkategorien.

Dargestellt werden nur Zahlen grösser als Null. Wurde eine Kategorie von keinem der Interviewpartner angekreuzt, wird sie nicht dargestellt. Beispiel: Diagramm „Kontext“: Alle sechs Spitäler haben die Notfall- und Rettungssituation als relevant erachtet und hier „ja“ angekreuzt. Die Antworten „eventuell“, „nein“ und „nicht anwendbar“ wurden nicht angekreuzt und werden folglich im Diagramm nicht dargestellt (vgl. Abbildungen in Abschnitt 3.1).

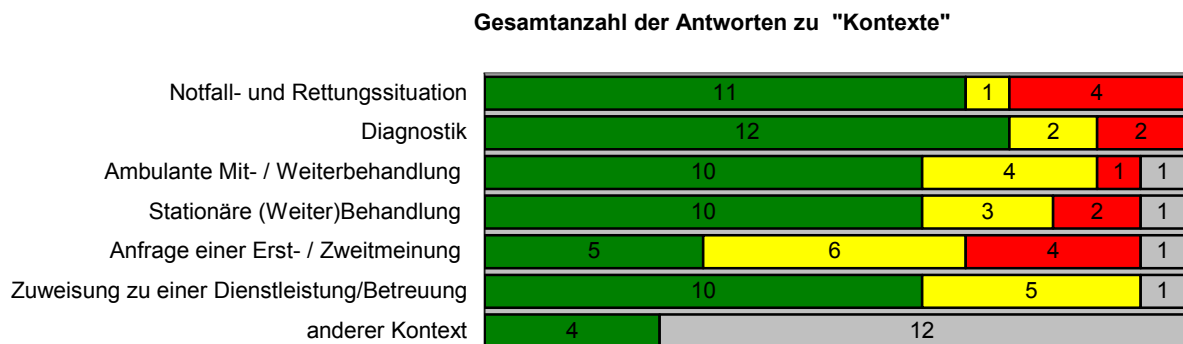
Die Auswertungskapitel entsprechen den Kapiteln im Fragebogen bzw. im Interviewleitfaden (s. Anhang).

In den einzelnen Auswertungskapiteln wird jeweils im ersten Diagramm eine Gesamtübersicht über die Anzahl der Nennungen zu den abgefragten Kontexten dargestellt. Die folgenden Diagramme zeigen für jeden einzelnen Kontext, wie die Antworten innerhalb der drei Gruppen verteilt sind (vgl. Fragebogen im Anhang).

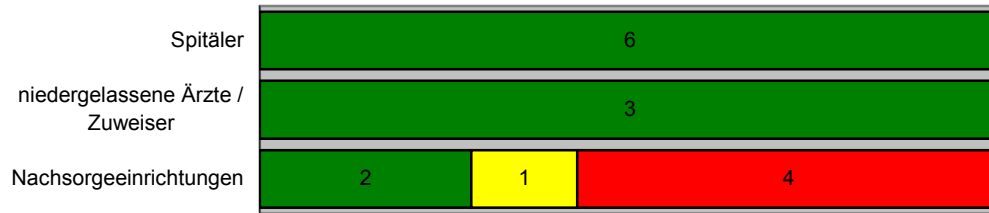
3.1 Kontexte für den elektronischen Datenaustausch

Frage 2.1: In welchem Zusammenhang sehen Sie das Nutzenpotential für einen elektronischen Datenaustausch mit anderen Einrichtungen?

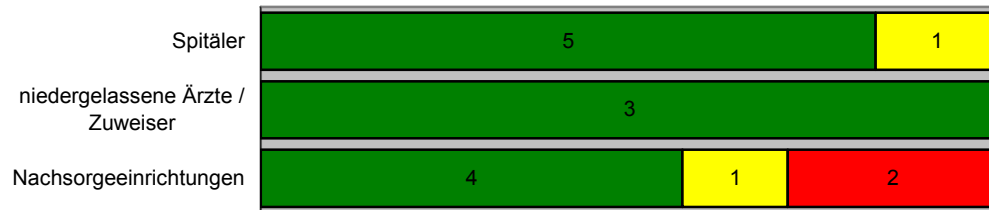
Das erste Diagramm gibt eine Gesamtübersicht über die Anzahl der Nennungen zu den abgefragten Kontexten. Die nachfolgenden Diagramme zeigen für jeden einzelnen Kontext, wie die Antworten innerhalb der drei Gruppen verteilt sind.



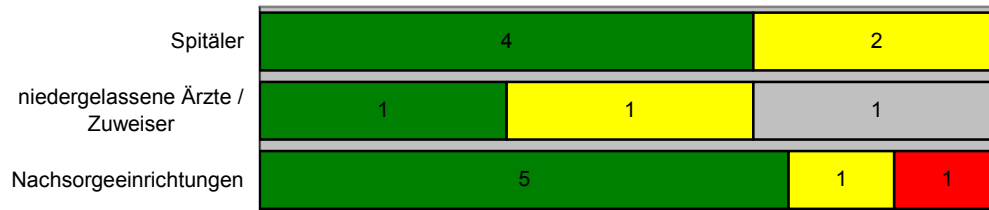
Notfall- und Rettungssituation



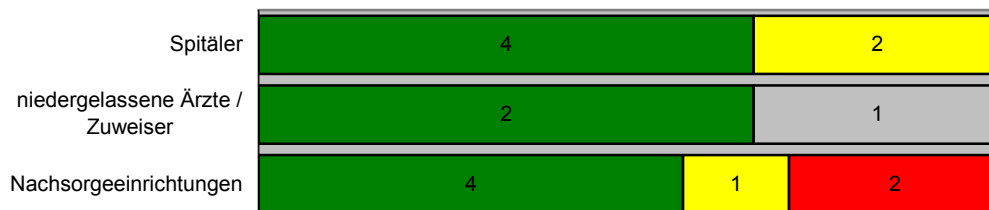
Anforderung von Diagnostik



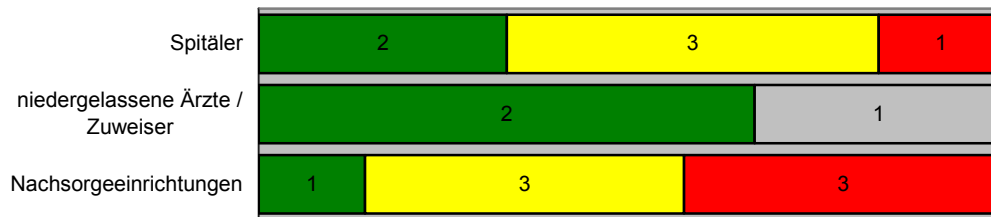
Ambulante Mit- / Weiterbehandlung



Stationäre (Weiter)Behandlung



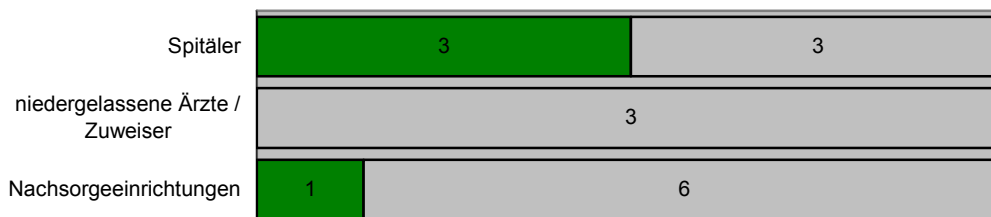
Anfrage einer Erst- / Zweitmeinung



Zuweisung zu einer Dienstleistung / Betreuung



Anderer Kontext



Ergebnisbeschreibung der Kontexte

Für die Spitäler ist die Notfall- und Rettungssituation der wichtigste Kontext für einen elektronischen Austausch von Patientendaten, direkt gefolgt von der Anforderung von externen diagnostischen Leistungen, der ambulanten und der stationären Mit- / Weiterbehandlung und der Zuweisung zu einer Dienstleistung / Betreuung. Die Anfrage einer Erst- / Zweitmeinung spielt eine eher untergeordnete Rolle. Zusätzlich zu den abgefragten Kontexten wurde von den Spitälern noch folgende Kontexte genannt: „Weitergabe der Medikationsliste an die Apotheke“, „Berichte von externen Institutionen, welche unsere Patienten weiterbehandeln“ und „Suchmeldung an die Polizei auf elektronischem Wege“.

In der Gruppe „niedergelassene Ärzte / Zuweiser“ hat die Notfall- und Rettungssituation und die Anforderung von Diagnostik die grösste Relevanz. Der Datenaustausch im Zusammenhang mit einer stationären Weiterbehandlung und bei der Anfrage einer Erst- / Zweitmeinung ist für die Hausärzte sehr wichtig. Geteilter Meinung sind die Vertreter der Verbände bei der ambulanten Mitbehandlung und bei der Zuweisung zu einer Dienstleistung.

Die Antworten der Nachsorgeeinrichtungen ergeben ein sehr heterogenes Bild. Die ambulante Mit- / Weiterbehandlung und die Zuweisung zu einer Dienstleistung / Betreuung wird hier von fünf Einrichtungen als relevant angegeben. Vier Einrichtungen erachten die Anforderung einer externen Diagnostik und den Datenaustausch im Zusammenhang mit einer stationären Mit- / Weiterbehandlung als relevant. Die Notfall- und Rettungssituation und die Anfrage einer Erst- / Zweitmeinung spielt für die Nachsorgeeinrichtungen eine untergeordnete Rolle.

Die Altersheime haben einen zusätzlichen Kontext aufgeführt, nämlich den Datenaustausch mit den Quartierapotheken.

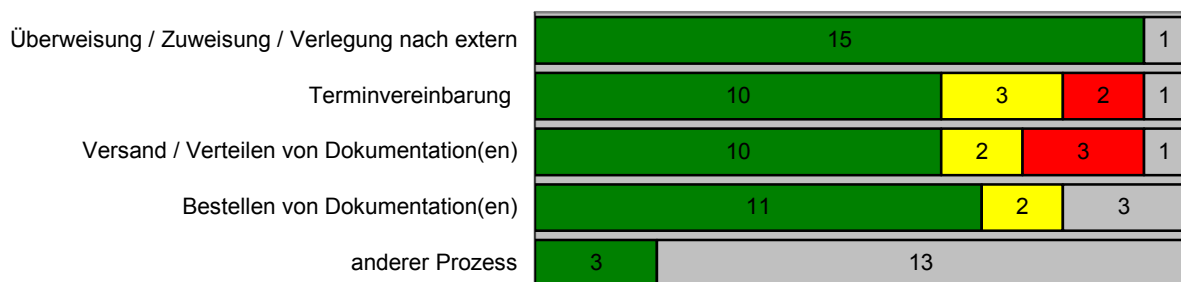
3.2 Prozesse im vorwiegend medizinischen Kontext

Frage 2.2: Welches sind die Prozesse, in denen ein elektronischer Datenaustausch nutzbringend ist?

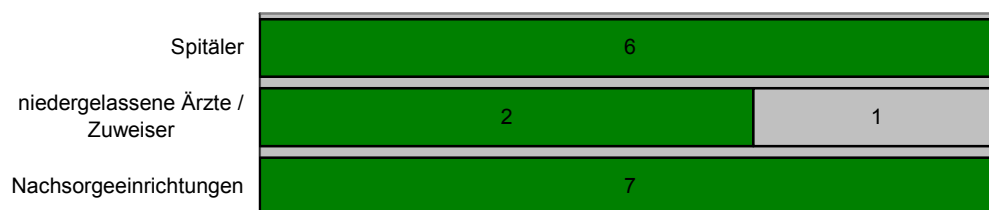
Frage 2.2.1: Prozesse im vorwiegend medizinischen Kontext

Das erste Diagramm gibt eine Gesamtübersicht über die Anzahl der Nennungen zu den abgefragten medizinischen Prozessen. Die nachfolgenden Diagramme zeigen für jeden einzelnen medizinischen Prozess, wie die Antworten innerhalb der drei Gruppen verteilt sind.

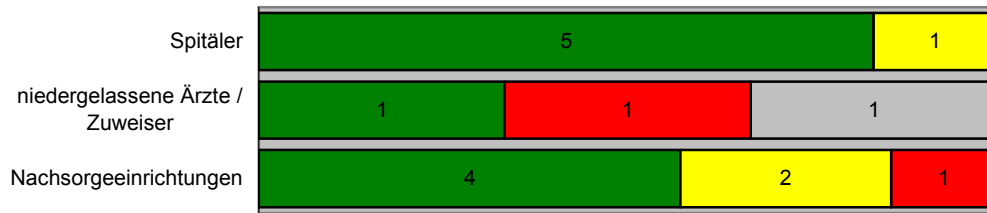
Gesamtanzahl der Antworten zu "Prozesse im vorwiegend medizinischen Kontext"



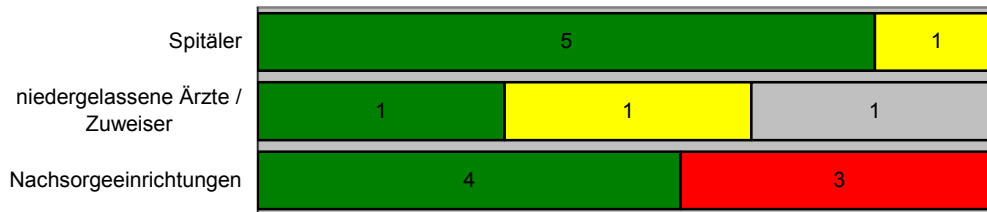
Überweisung / Zuweisung / Verlegung nach extern



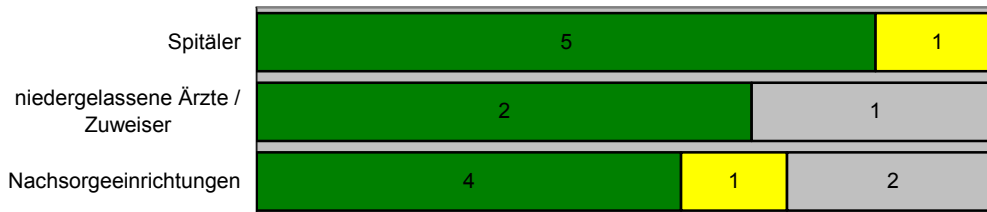
Terminvereinbarung



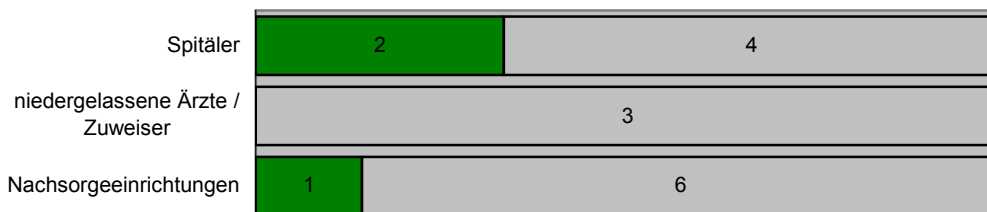
Versand / Verteilen von Dokumentation(en)



Bestellen von Dokumentation(en)



Anderer Prozess



Ergebnisbeschreibung der medizinischen Prozesse

Der elektronische Datenaustausch im Zusammenhang mit einer Überweisung / Zuweisung oder Verlegung nach extern wird von allen Spitälern als relevant erachtet. Alle weiteren abgefragten medizinischen Prozesse werden von fünf Spitälern als relevant angesehen, ein Spital hat mit

„eventuell“ geantwortet. Als zusätzliche Kontexte wurden das Senden von Medikationsdaten an die Apotheke und der Ausbau des Bildarchivs (PACS) genannt.

Die beiden Vertreter der Ärzteverbände aus der Gruppe „niedergelassene Ärzte / Zuweiser“ sehen einheitlich die Überweisung / Zuweisung oder Verlegung und die Bestellung von Dokumentationen als relevant an. Geteilter Meinung sind sie bezüglich der Terminvereinbarung und dem Versenden von Dokumentationen. Für die dritte Einrichtung in dieser Gruppe, Schutz und Rettung Zürich, ist keiner dieser Prozesse relevant.

Die Antworten der „Nachsorgeeinrichtungen“ sind auch hier sehr heterogen: Einzig der Prozess der Überweisung / Zuweisung oder Verlegung nach extern wird von allen Einrichtungen mit „ja“ angekreuzt. Die Prozesse „Terminvereinbarung“, „Versand / Verteilen von Dokumentationen“ und „Bestellen von Dokumentationen“ ist für vier Nachsorgeeinrichtungen relevant. Eine Einrichtung hat als zusätzlichen Prozess die Übermittlung von Laborresultaten, DICOM Bildern und Konsilien genannt.

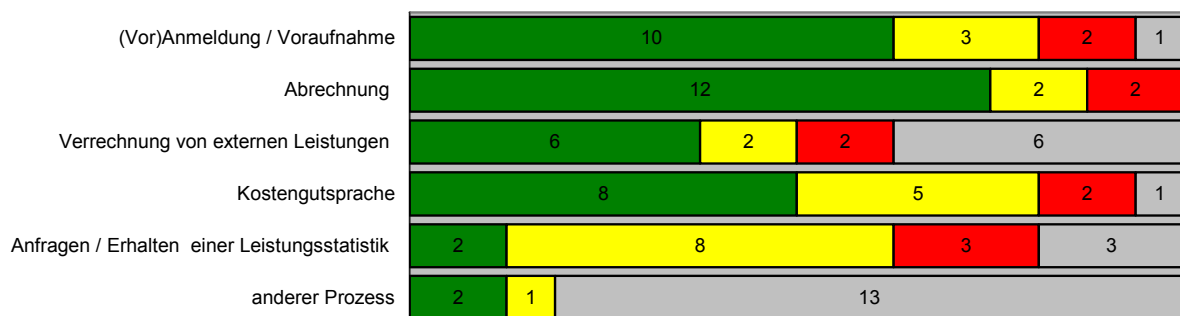
3.3 Prozesse im vorwiegend administrativen Kontext

Frage 2.2: Welches sind die Prozesse, in denen ein elektronischer Datenaustausch nutzbringend ist?

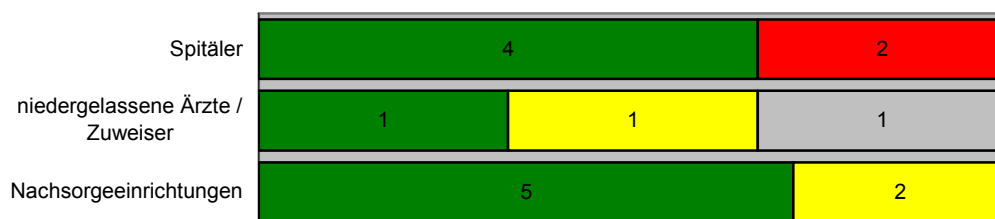
Frage 2.2.2: Prozesse im vorwiegend administrativen Kontext

Das erste Diagramm gibt eine Gesamtübersicht über die Anzahl der Nennungen zu den abgefragten administrativen Prozessen. Die nachfolgenden Diagramme zeigen für jeden einzelnen administrativen Prozess, wie die Antworten innerhalb der drei Gruppen verteilt sind.

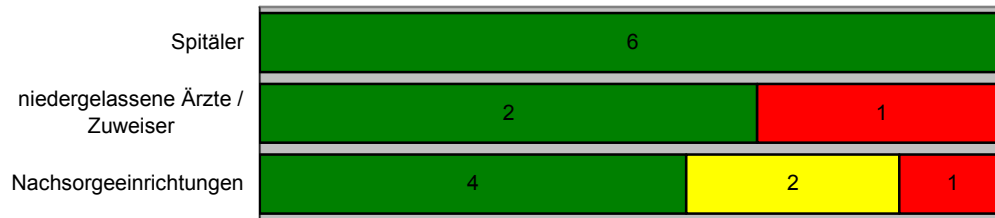
Gesamtanzahl der Antworten zu "Prozesse im vorwiegend administrativen Kontext"



Voranmeldung / Voraufnahme



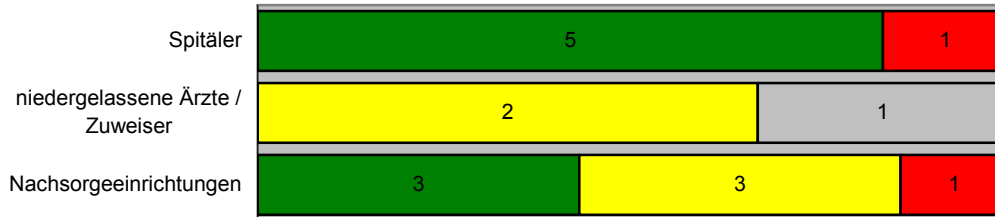
Abrechnung



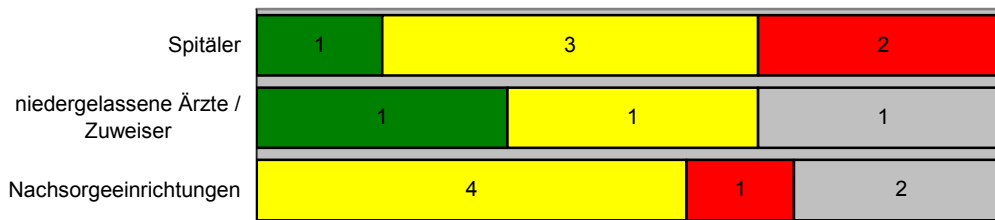
Verrechnung von externen Leistungen



Kostengutsprache



Anfragen / Erhalten einer Leistungsstatistik



Anderer Prozess	
Spitäler	1 (grün) 1 (gelb) 4 (grau)
niedergelassene Ärzte / Zuweiser	1 (grün) 2 (grau)
Nachsorgeeinrichtungen	7 (grau)

Ergebnisbeschreibung der administrativen Prozesse

Der elektronische Datenaustausch im Zusammenhang mit der Abrechnung wird von allen Spitälern als relevant angesehen, die Kostengutsprache ist für fünf Spitäler ein Thema für den elektronischen Datenaustausch. Für vier Spitäler sind auch die Prozesse „Voranmeldung / Voraufnahme“ und „Verrechnung von externen Leistungen“ relevant. Das „Anfragen / Erhalten einer Leistungsstatistik“ wird hingegen von nur einem Spital als relevant betrachtet.

Seitens der Spitäler wurden als zusätzliche administrative Prozesse noch die Kostengutsprachen von Kantonsärzten und die elektronische Suchmeldung an die Polizei genannt.

Für die niedergelassene Ärzte und Zuweiser sind die abgefragten administrativen Prozesse insgesamt weniger relevant. Als zusätzlicher Prozess wurde „In Rettungswesen Verbindung mit IES (Informations- und Einsatzsystem) schaffen“ aufgeführt.

Die Nachsorgeeinrichtungen geben an, dass die Voranmeldung / Voraufnahme und der Abrechnungsprozess für die Mehrheit relevant sind. Die elektronische Kostengutsprache wird von insgesamt sechs Einrichtungen mit „ja“ oder mit „eventuell“ angekreuzt. Alle weiteren Prozesse finden insgesamt weniger Zustimmung seitens der Nachsorgeeinrichtungen.

3.4 Partner und Richtung des Datenaustausches in den Prozessen

Frage 2.3: Teilnehmende Partnerinstitutionen und Richtungen des Datenaustausches in den beschriebenen Prozessen

Gefragt wurde nicht nur, mit welchen Einrichtungen die befragte Einrichtung Daten austauschen möchte, sondern auch in welche Richtung der Austausch stattfinden soll, also sendend oder empfangend (siehe Spalte „s“ und „e“) und innerhalb welcher Prozesse.

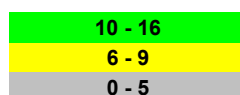


Abbildung 6: Farbliche Codierung der Anzahl der Nennungen.

Die Auswertung stellt die Antworten sowohl für jede Gruppe als auch als Gesamtanzahlen dar. Diese sind farblich codiert, und zwar grau für die Bereiche null bis fünf Nennungen, gelb für sechs bis neun Nennungen, zehn bis sechzehn Nennungen sind grün unterlegt (vgl. Abbildung 6).

Prozess	Patient		Spital		Spitex		Reha		Altersheim		Pflege		Niedergelassener		Vertrauensarzt		Versicherung		Andere	
	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e
P1 Überweisung / Zuweisung / Verlegung nach extern	6	5	12	12	11	10	10	9	11	9	11	9	13	13	4	3	3	3	1	1
Nachsorgeeinrichtungen	2	2	6	6	5	4	5	4	5	4	6	5	6	6	1					
niedergelassene Ärzte / Zuweiser	1		2	2	2	2	1	1	1		1		2	2	1	1	1	1		
Spitäler	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	5	2	2	2	2	1	1
P2 Terminvereinbarung	4	5	9	9	7	7	7	7	7	7	7	7	10	10	2	2	2	2	1	1
Nachsorgeeinrichtungen	2	2	5	5	4	4	3	3	3	3	4	4	5	5	1	1	1	1		
niedergelassene Ärzte / Zuweiser																				
Spitäler	2	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	5	5	1	1	1	1	1	1
P3/ P4 Bestellen / Versenden / Verteilen von Dokumentation(en)	4	3	10	10	7	8	8	7	9	7	9	7	11	11	6	6	5	4	2	2
Nachsorgeeinrichtungen	1		4	4	2	2	2	2	3	2	4	3	4	4	3	3	2	1	1	1
niedergelassene Ärzte / Zuweiser			2	2	1	2	2	1	1		1		2	2	1	1	1	1		
Spitäler	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	5	2	2	2	2	1	1
P6 (Vor)Anmeldung / Voraufnahme	5	5	10	8	4	6	3	3	8	6	8	6	10	8	1	1	2	2	1	1
Nachsorgeeinrichtungen	2	2	6	4	1	3			4	2	5	3	5	3						
niedergelassene Ärzte / Zuweiser																				
Spitäler	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	5	5	1	1	2	2	1	1
P7 Abrechnung	5	2	2	2		2									1	1	11	7	3	3
Nachsorgeeinrichtungen	1		1	1		2											6	3	2	2
niedergelassene Ärzte / Zuweiser	1																		1	1
Spitäler	3	2	1	1											1	1	5	4		
P8 Verrechnung von externen Leistungen	2	1	5	6									2	2	1	1	5	5	1	
Nachsorgeeinrichtungen	1		2	3									1	1			2	2		
niedergelassene Ärzte / Zuweiser																				
Spitäler	1	1	3	3									1	1	1	1	3	3	1	

Prozess	Patient		Spital		Spitex		Reha		Altersheim		Pflege		Niedergelassener		Vertrauensarzt		Versicherung		Andere	
	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e
P9 Kostengutsprache	3	2	1	1		2									5	5	10	8	3	7
Nachsorgeeinrichtungen						2									2	2	5	4	2	2
niedergelassene Ärzte / Zuweiser															1	1	1	1		
Spitäler	3	2	1	1											2	2	4	3	1	1
P10 Leistungsstatistik			1	1		2							1	1			6	6	6	4
Nachsorgeeinrichtungen						2						1	1	0	0	4	2	3	2	
niedergelassene Ärzte / Zuweiser																	1			
Spitäler			1	1												2	3	3	2	
P5/ P11 anderer Prozess																				
Nachsorgeeinrichtungen																				
niedergelassene Ärzte / Zuweiser																				
Spitäler																				

Tabelle 1: Darstellung des Datenaustausches unter den befragten Einrichtungen mit der Angabe, ob die Daten gesendet und / oder empfangen werden sollen.

Der Datenaustausch in der Gruppe der Spitäler findet vor allem im Zusammenhang mit der Überweisung / Zuweisung / Verlegung nach extern und dem Bestellen / Versenden / Verteilen von Dokumentation(en) statt. Im Zusammenhang mit diesen Prozessen findet der Datenfluss sowohl in Richtung Spital statt als auch aus dem Spital in Richtung Nachsorgeeinrichtungen und niedergelassene Ärzte / Zuweiser. Im Zusammenhang mit einer Voranmeldung / Voraufnahme wird der Datenfluss in Richtung Spital als relevant benannt.

Der Datenfluss im Zusammenhang mit den niedergelassenen Ärzten / Zuweisern ist derselbe, wie bei den Spitälern, es kommt aber noch der Prozess „Terminvereinbarung“ hinzu. Hier findet der Datenfluss auch in beide Richtungen statt.

Der Datenaustausch in der Gruppe der Nachsorgeeinrichtungen findet auch vorwiegend im Zusammenhang mit der Überweisung / Zuweisung / Verlegung nach extern statt. Hier allerdings nur in Richtung der Nachsorgeeinrichtungen, nicht aus ihnen heraus.

Des Weiteren wurde der Datenaustausch mit den Versicherungen von mindestens zehn Einrichtungen genannt. Hier sind die Prozesse „Abrechnung“ und „Kostengutsprache“ interessant.

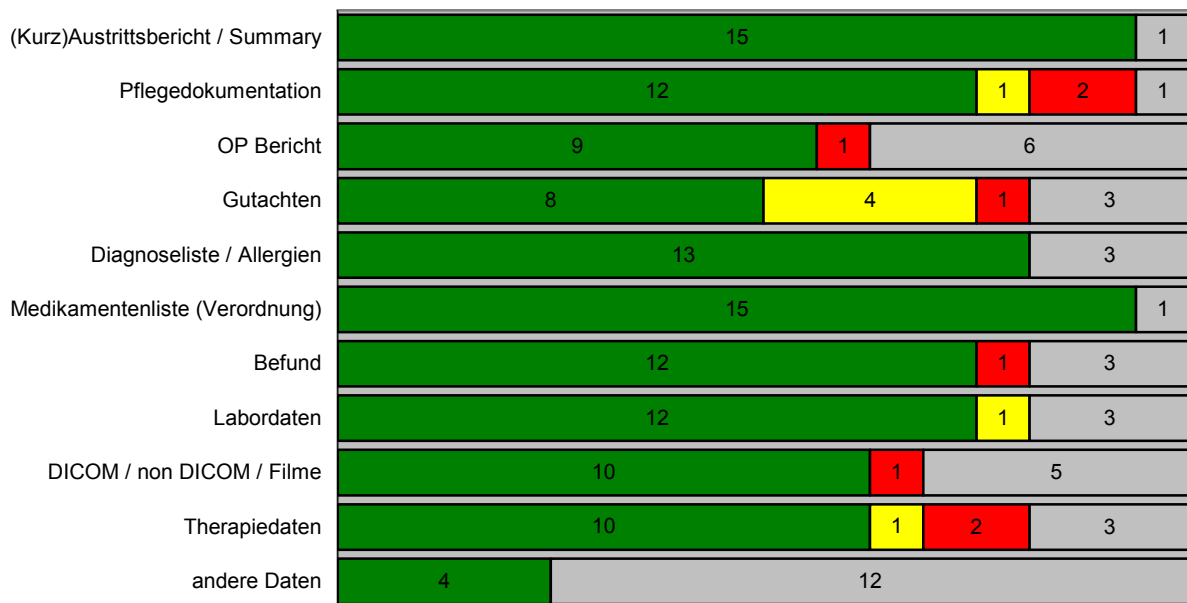
3.5 Medizinische Daten

Frage 2.4: Welche Arten von Daten sollen elektronisch ausgetauscht werden?

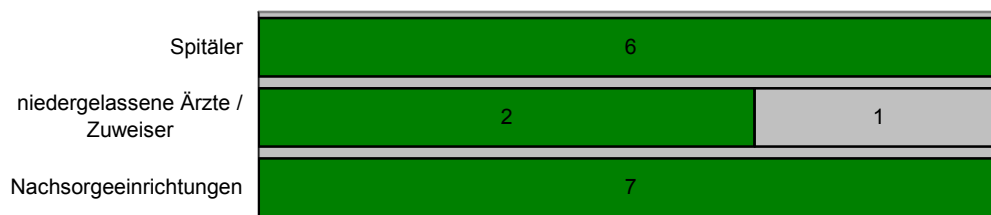
Frage 2.4.1: Medizinische Daten

Das erste Diagramm gibt eine Gesamtübersicht über die Anzahl der Nennungen zu den abgefragten medizinischen Daten. Die nachfolgenden Diagramme zeigen für jede einzelne medizinische Daten-Art, wie die Antworten innerhalb der drei Gruppen verteilt sind.

Gesamtanzahl der Antworten zu "medizinische Daten"



(Kurz)Austrittsbericht / Summary



Pflegedokumentation

Spitäler	5		1
niedergelassene Ärzte / Zuweiser	1	1	1
Nachsorgeeinrichtungen	6		1

OP Bericht

Spitäler	5		1
niedergelassene Ärzte / Zuweiser	2		1
Nachsorgeeinrichtungen	2	1	4

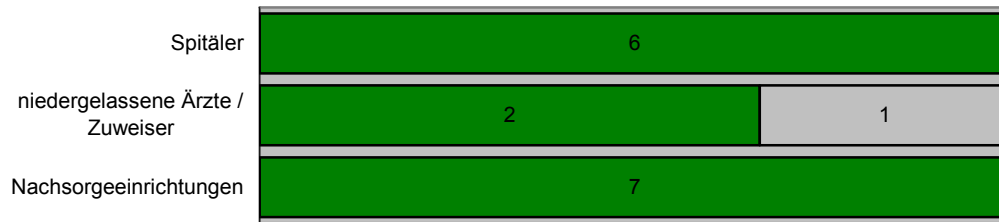
Gutachten

Spitäler	3	3	
niedergelassene Ärzte / Zuweiser	2		1
Nachsorgeeinrichtungen	3	1	1

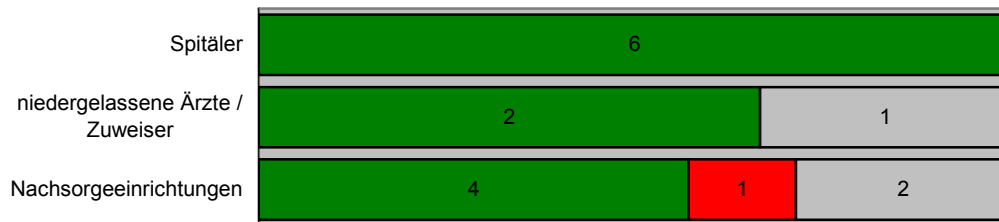
Diagnoseliste / Allergien

Spitäler	6		
niedergelassene Ärzte / Zuweiser	2		1
Nachsorgeeinrichtungen	5		2

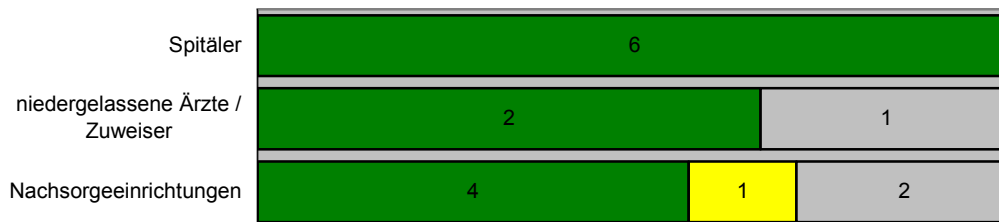
Medikamentenliste (Verordnung)



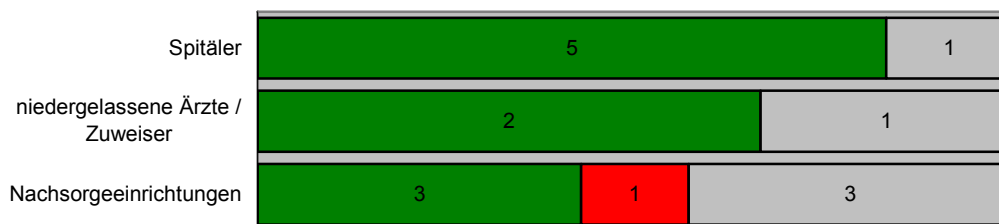
Befund

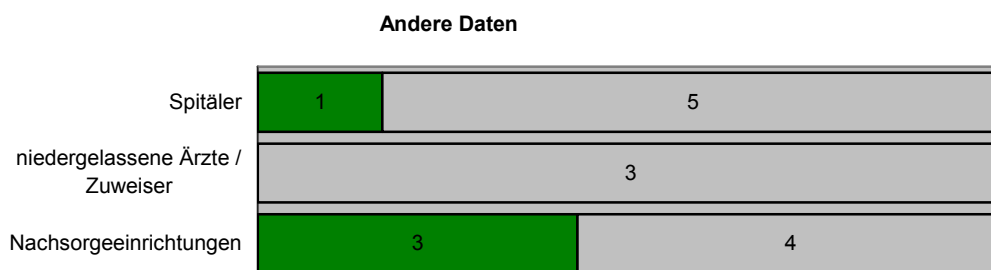
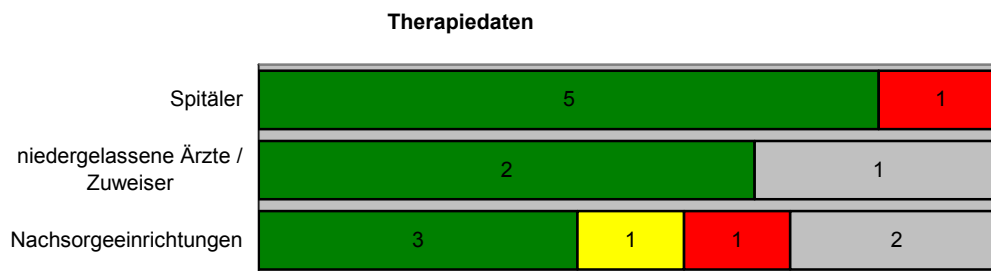


Labordaten



DICOM / non DICOM / Filme





Ergebnisbeschreibung der medizinischen Daten

Alle Einrichtungen geben an, dass der (Kurz)Austrittsbericht / Summary und die Medikamentenliste (Verordnung) relevant sind.

Für den niedergelassenen Bereich sind im Weiteren auch alle anderen medizinischen Daten von Relevanz, mit Ausnahme der Pflegedokumentation.

Für die Spitäler sieht es ähnlich aus: Alle medizinischen Daten sind von Relevanz, ausgenommen der Gutachten, die sind von der Hälfte der Spitäler nur als eventuell relevant genannt worden. OP-Bericht, DICOM-Daten und Therapiedaten sind für fünf von sechs Spitälern wichtig.

Die Nachsorgeeinrichtungen bieten ein heterogeneres Bild, was durch die etwas heterogenere Zusammensetzung dieser Gruppe zu erklären ist. Der Austrittsbericht, die Pflegedokumentation und die Medikamentenliste sind für alle Nachsorgeeinrichtungen relevant. Für Diagnoseliste, Befund und Labordaten haben jeweils die Hälfte der Nachsorgeeinrichtungen ein „ja“ angekreuzt, die andere Hälfte „nicht anwendbar“. Als zusätzliche Daten haben die Nachsorgeeinrichtungen die „Verordnungen“ angegeben.

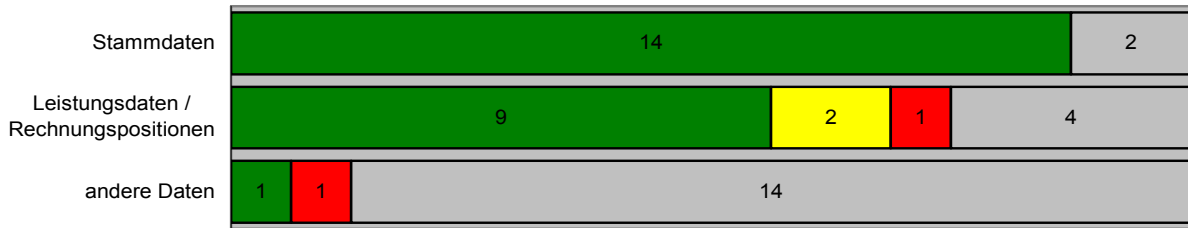
3.6 Administrative Daten

Frage 2.4: Welche Arten von Daten sollen elektronisch ausgetauscht werden?

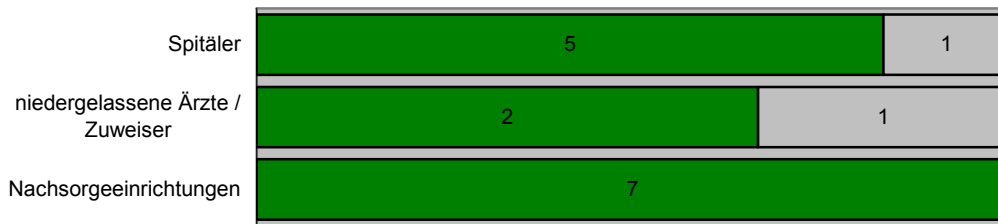
Frage 2.4.2: Administrative Daten

Das erste Diagramm gibt eine Gesamtübersicht über die Anzahl der Nennungen zu den abgefragten administrativen Daten. Die nachfolgenden Diagramme zeigen für jede einzelne administrative Datenart, wie die Antworten innerhalb der drei Gruppe verteilt sind.

Gesamtanzahl der Antworten zu "administrative Daten"



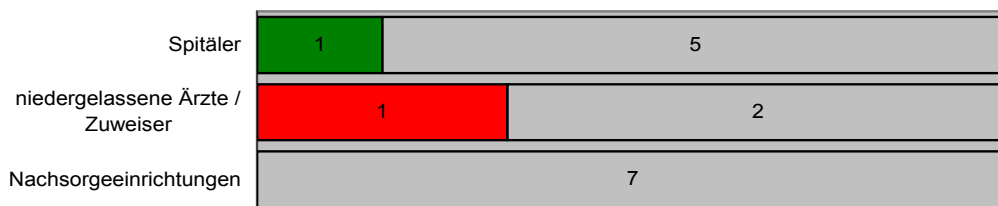
Stammdaten



Leistungsdaten / Rechnungspositionen



Andere Daten



Ergebnisbeschreibung der administrativen Daten

Der elektronische Austausch von Stammdaten ist für alle Einrichtungen relevant, mit Ausnahme eines Spitals und der Schutz und Rettung Zürich.

Die Leistungsdaten/Rechnungspositionen werden ebenfalls von fünf Spitälern als relevant erachtet. Bei den Nachsorgeeinrichtungen sind es vier die „ja“ und eine Einrichtung, die „eventuell“ angekreuzt haben. Für die niedergelassenen Ärzte / Zuweiser ist dies kein Thema.

Die spitalweite Anzeige von allen Terminen eines Patienten im eigenen Spital ist ein zusätzlicher Prozess, der von einem Spital angegeben wurde.

4 Ergebnisse der Interviews

In Kapitel 4 werden die Ergebnisse der Interviews dargestellt. Wie in Kapitel 2 beschrieben, wurden basierend auf den Antworten des Fragebogens im Interview die wichtigsten Szenarien diskutiert und deren Nutzenpotential und auch die Hürden und Hemmnisse, die einer Realisierung dieser Szenarien im Wege stehen, aufgezeigt.

4.1 Beschreibung der Szenarien

Im Folgenden werden die Szenarien, die von den Einrichtungen als relevant erachtet wurden, kurz beschrieben. Die Bezeichnung der Szenarien entspricht Spontannennungen aus dem Fragebogen. In den Interviews wurde angestrebt, einen inhaltlichen Abgleich zu finden, um unterschiedliche Bezeichnungen des gleichen Themas in der Auswertung korrekt zuordnen zu können. Eine Auswertung in Bezug auf ihre Priorität folgt im nächsten Abschnitt.

Austrittsmanagement

Beim Austrittsmanagement steht der Austritt aus einer stationären Versorgung im Zentrum. Nach einem Spitalaustritt ist es wichtig, dass allfällige Verordnungen ohne Unterbruch von der nachsorgenden Einrichtung weitergeführt werden können. Dazu sollen sämtliche für die Behandlung in dieser Einrichtung notwendigen Daten (Anamnese, Röntgenbilder, Berichte, Labor Diagnostikdaten, Pflegedokumentation, etc.) elektronisch übermittelt / zur Verfügung gestellt und bei Bedarf in die Krankengeschichte integriert werden können.

Einrichtungsübergreifende Behandlung

Unter „einrichtungsübergreifende Behandlung“ wird eine interdisziplinäre, einrichtungsübergreifende Behandlung / Betreuung auf Basis von gemeinsamer Dokumentation im Sinne einer Netzakte verstanden. Diese Definition überlappt sich mit den Begriffen „integrierter Versorgung“ und „Managed Care“.

In diesem Szenario wird die Behandlung eines Patienten innerhalb eines (längeren) Zeitraumes durch mindestens zwei Einrichtungen durchgeführt. Ein Beispiel ist ein Patient, dessen onkologische Behandlung während des stationären Aufenthaltes in einer Rehabilitationsklinik gemeinsam mit niedergelassenen Spezialisten und/oder einem Akutspital weitergeführt wird. Hier ist es notwendig, dass alle Einrichtungen Einblick in den Krankheitsverlauf und in die aktuelle Situation des Patienten haben können. Als weiteres Beispiel kann die interdisziplinäre Betreuung von psychiatrischen Patienten mit fließendem Übergang von ambulanter und stationärer Behandlung angeführt werden.

Eintrittsmanagement

Beim Eintrittsmanagement steht der Eintritt in eine stationäre Versorgungseinrichtung im Zentrum. Neunzig Prozent aller Spitaleinweisungen sind Notfälle. Die meisten Patienten sind oder waren zu dem Zeitpunkt in irgendeiner Form in Behandlung, so dass Informationen über diesen Patienten (Diagnosen, Allergien, Medikamente, etc.) bei einer Einrichtung vorhanden sind. Die Möglichkeit, auf diese Informationen zugreifen zu können, stellt für den Arzt eine wichtige Informationsquelle für die Behandlung im Notfall dar.

Anforderung von Diagnostik

Bei der Anforderung von Diagnostik handelt es sich um einen geschlossenen Kreislauf von strukturierter Anforderung, Vorbereitung, Durchführung, Befundung und Reporting eines diagnostischen Verfahrens für einen Patienten (im Sinne von „Order Entry and Result Return“ bei Klinikinformationssystemen).

Elektronische Kostengutsprache (eKoGu)

Die Garantie für die Übernahme der anfallenden Kosten einer stationären Behandlung, die Kostengutsprache, ist eine wichtige Grundlage der Zusammenarbeit zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Nach erfolgter erster Gutsprache muss diese häufig verlängert werden. In manchen Fällen dauert dieser Prozess so lange, dass bereits vor der Entscheidung ungedeckte Kosten entstehen können, was bei einer Verweigerung der Kostengutsprache zu Problemen führen kann. Eine elektronische Kostengutsprache kann hier den Prozess beschleunigen, so dass solche Fälle gar nicht erst entstehen.

Erweiterte Stammdaten

Ein vollständiger administrativer Datensatz des Patienten soll innerhalb der im Behandlungsnetzwerk beteiligten Einrichtungen zur Verfügung stehen. Dazu soll der klassische Stammdatensatz um wichtige Informationen, wie beispielsweise Versicherung, Einweiser, Hausarzt, Kontaktdaten der Angehörigen etc., ergänzt werden. Diese Daten sollen für unterschiedliche Use Cases eingesetzt und skaliert werden.

Notfall

In Notfallsituationen sind regelmässig relevante Entscheidungen auf Basis eingeschränkter Informationen zu fällen. Ein einfacher, schneller Zugang zu relevanten Gesundheitsdaten kann die Entscheidungsgrundlagen und damit den Diagnose- und Behandlungsprozess verbessern.

Apotheke

Die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Apotheken soll nicht mehr einzeln ausgehandelt werden (müssen) (z.B. Bezug von Medikamenten, bevor die Verordnung eingetroffen ist). Insbesondere dort, wo das Quartiergewerbe unterstützt und nicht mit einer Online-Apotheke zusammen gearbeitet werden soll, werden die Prozesse vereinfacht und sicherer durch eine Vereinheitlichung und elektronische Unterstützung.

Übermittlung von Daten aus dem Rettungswagen

Hierbei sollen medizinisch und administrativ relevante Daten aus dem Rettungswagen an das angefahrene Spital übermittelt werden, so dass das Spital bereits vor dem Eintreffen des Patienten über dessen Zustand und bereits eingeleitete Massnahmen möglichst genau informiert ist.

Angebotstransparenz der niedergelassenen Ärzte für die Spitäler

Heute erfolgen viele präoperative Abklärungen in den Spitalambulatorien und nicht beim Hausarzt. Eine Ursache dafür ist darin zu sehen, dass das Leistungsspektrum der Hausärzte für die Spitäler teils nicht transparent ist. Der Wunsch der Hausärzte ist es, dass die Abklärungen vermehrt bei ihnen durchgeführt werden. Um eine gezielte Überweisung zur Abklärung vornehmen zu können, müssen die Spitäler über das Leistungsspektrum des Hausarztes informiert sein.

4.2 Priorisierung der Szenarien

Die folgende Tabelle gibt zum einen einen Überblick über die Szenarien, die von den Einrichtungen als die wichtigsten erachtet wurden und zeigt zum anderen die Häufigkeit auf, mit der die jeweiligen Szenarien von den Einrichtungen genannt wurden.

		Total der Nennungen (von max. 16)	Spitäler (von max. 6)	Niedergelassene / Zuweiser (von max. 3)	Nachsorgeeinrichtungen (von max. 7)
1	Austrittsmanagement	13	5	2	6
2	Einrichtungsübergreifende Behandlung	11	2	3	6
3	Eintrittsmanagement	7	4	1	2
4	Anforderung von Diagnostik	4	3		1
5	eKoGu	4	2		2
6	Erweiterte Stammdaten	3	1		2
7	Notfall	2	1	1	
8	Apotheke	1			1
9	Übermittlung von Daten aus dem Rettungswagen	1		1	
10	Angebotstransparenz für die Spitäler	1		1	

Tabelle 2: Auflistung der diskutierten Szenarien mit Total der Nennungen.

Zusammenfassende Bewertung

Das grösste Interesse gilt dem Austrittsmanagement und der einrichtungsübergreifenden Behandlung, das Eintrittsmanagement steht an dritter Stelle der Häufigkeit.

Inhaltlich betrachtet stehen das Austritts- und das Eintrittsmanagement in engem Zusammenhang, es werden zum Teil dieselben Daten ausgetauscht und oft sind auch dieselben Personen bzw. Personenkreise beteiligt. Aus diesem Grunde können diese beiden Szenarien zu einem Übertrittsmanagement zusammengefasst werden.

Die Szenarien „Anforderung von Diagnostik“, „eKoGu“, „Stammdaten“ und „Notfall“ werden weniger häufig genannt, der Datenaustausch findet aber dennoch zwischen Einrichtungen unterschiedlicher Gruppen statt. Inhaltlich können sie als Teilaspekte der oben genannten Szenarien betrachtet werden.

Bei den letzten zwei Szenarien ist das Interesse nur innerhalb der jeweiligen Gruppe angesiedelt, daher wird für diese Szenarien kein übergreifender Austausch angedacht.

Basierend auf diesen Überlegungen werden die obigen Szenarien im Weiteren in einen strategischen Kontext gebracht, wobei das Übertrittsmanagement und die einrichtungsübergreifende

Behandlung als Handlungsfelder bezeichnet und die Szenarien „Anforderung von Diagnostik“, „eKoGu“, „Stammdaten“ und „Notfall“ im Rahmen der strategischen Ziele der Handlungsfelder als Projekte im Sinne von Teilschritten in der Umsetzung betrachtet werden.

4.3 Nutzenpotential der Szenarien

Für die am häufigsten genannten Szenarien wird in diesem Abschnitt in jeweils einer Tabelle der von den Einrichtungen angegebene Nutzen für die eigene Einrichtung, den Patienten bzw. die Behandlungskette und für den Kostenträger aufgezeigt.

Dieser Teil des Interviews wurde nicht anhand von Vorgaben abgefragt, sondern frei diskutiert und basiert auf offenen Fragen.

Ausgewertet wurden alle Szenarien, die von mindestens zwei Einrichtungen genannt wurden. Die Szenarien „Ein- und Austrittsmanagement“ und „einrichtungübergreifende Behandlung“ wurden durch die häufigere Nennung durch die Einrichtungen intensiver diskutiert als die anderen Szenarien, daher sind deren Auswertungen vorsichtiger zu bewerten.

4.3.1 Nutzenargumentation für die eigene Einrichtung

	Eintrittsmanagement			Austrittsmanagement			Einrichtungübergreifende Behandlung			Anforderung von Diagnostik			eKoGu			Erweiterte Stammdaten			Notfall			
Nutzen für die eigene Einrichtung	Nachsorgeeinrichtungen	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler	Nachsorgeeinrichtungen	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler	Nachsorgeeinrichtungen	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler	Nachsorgeeinrichtungen	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler	Nachsorgeeinrichtungen	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler	Nachsorgeeinrichtungen	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler	Nachsorgeeinrichtungen	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler	
	Weniger Doppelerfassungen	1	1	1				1									1					
Steigerung der Behandlungsqualität			2	2				2	1												1	1
Mehr Sicherheit	1		2		1		2		1			1									1	
Administrative Vorteile	1						1				2		1	2							1	
Zeitersparnis	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2			1					1
Kostenreduktion		1		1	1	4		1				1	1									1
Transparenz gegenüber Mitbehandelnden		1			1																	
Daten sind vor dem Eintreffen des Patienten vorhanden							1															

	Eintrittsmanagement			Austrittsmanagement			Einrichtungsübergreifende Behandlung			Anforderung von Diagnostik			eKoGu			Erweiterte Stammdaten			Notfall					
Nutzen für die eigene Einrichtung	Nachsorgeeinrichtungen			Nachsorgeeinrichtungen			Nachsorgeeinrichtungen			Nachsorgeeinrichtungen			Nachsorgeeinrichtungen			Nachsorgeeinrichtungen			Nachsorgeeinrichtungen					
	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler		niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler		niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler		niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler		niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler		niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler		niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler				
Wettbewerbsvorteil			1										1											
Höhere Kundenorientierung												1	1											
Besserer Datenschutz				1																				
Standardisierung					1							1												

Tabelle 3: Nutzenargumentation für die eigene Einrichtung.

Ergebnisbeschreibung der Nutzenargumentation für die eigene Einrichtung

Der grösste Nutzen wird hier von allen Einrichtungen im Zeitgewinn gesehen. Für die ersten drei Szenarien (Ein- und Austrittsmanagement und einrichtungsübergreifende Behandlung) wird dieser Nutzen von allen Einrichtungsarten angegeben, für die anderen vier Szenarien wird die Zeitersparnis zwar von den Spitälern und den niedergelassenen Ärzten / Zuweisern genannt, aber nicht von den Nachsorgeeinrichtungen.

Vor allem in Bezug auf die ersten drei Szenarien wird davon ausgegangen, dass ein elektronischer Austausch von Patientendaten für alle an einer Behandlung beteiligten Einrichtungen zu weniger Nachfragen bei andern Einrichtungen führt und dass die Datenübertragung von Papier in ein IT-System entfällt. Damit können Kosten eingespart werden und die Sicherheit in der Behandlung kann für die Einrichtung erhöht werden.

4.3.2 Nutzenargumentation für den Patienten / Behandlungskette

	Eintrittsmanagement			Austrittsmanagement			Einrichtungsübergreifende Behandlung			Anforderung von Diagnostik			eKoGu			Erweiterte Stammdaten			Notfall			
Nutzen für den Patienten / Behandlungskette	Nachsorgeeinrichtungen	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler	Nachsorgeeinrichtungen	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler	Nachsorgeeinrichtungen	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler	Nachsorgeeinrichtungen	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler	Nachsorgeeinrichtungen	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler	Nachsorgeeinrichtungen	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler	Nachsorgeeinrichtungen	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler	
Weniger Doppelerfassungen / Doppelspurigkeiten	1	1			1																	
Kostensenkung							2															1
Mehr Sicherheit	2			4		1	5	1	1	1		2	1								1	1
Steigerung der Behandlungsqualität	1	1		3	2	1	1	2	1			1	1			1					1	
Schnellere Weiterbehandlung												1		1								
Zeitersparnis		1	1		1										1						1	1
Höhere Kundenorientierung	1		2	2	1		2					1	1		1	1		1			1	

Tabelle 4: Nutzenargumentation für den Patienten resp. die Behandlungskette.

Ergebnisbeschreibung der Nutzenargumentation für den Patienten bzw. die Behandlungskette

Aus Sicht der befragten Leistungserbringer liegt der grösste Nutzen für den Patienten in einer vermehrten Sicherheit in der Behandlung und damit einhergehend in einer gesteigerten Behandlungsqualität. Auch hier liegt der Nutzen vor allem im Ein- und Austrittsmanagement und in der einrichtungsübergreifenden Behandlung.

Das Erreichen einer höheren Kundenorientierung wird von Einrichtungen aller Gruppen und für alle sieben der ausgewerteten Szenarien angegeben.

Zeit- und Kostenersparnis werden in Hinblick auf den Patienten als zweitrangig angesehen.

4.3.3 Nutzenargumentation für die Kostenträger

	Eintrittsmanagement			Austrittsmanagement			Einrichtungübergreifende Behandlung			Anforderung von Diagnostik			eKoGu			Erweiterte Stammdaten			Notfall			
Nutzen für die Kostenträger	Nachsorgeeinrichtungen			Nachsorgeeinrichtungen			Nachsorgeeinrichtungen			Nachsorgeeinrichtungen			Nachsorgeeinrichtungen			Nachsorgeeinrichtungen			Nachsorgeeinrichtungen			
	niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler		niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler		niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler		niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler		niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler		niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler		niedergelassene Ärzte / Zuweiser	Spitäler		
Kosteneinsparung	1	1	2	3	2	2		2	1	1		1									1	1
Administrative Vorteile	1					3						1	1									
Bessere Planbarkeit				2		2																
Mehr Sicherheit (weniger Komplikationen)							2						1								1	

Tabelle 5: Nutzenargumentation für die Kostenträger.

Ergebnisbeschreibung der Nutzenargumentation für die Kostenträger

Die Befragten sehen den Hauptnutzen für die Kostenträger ganz deutlich in der Kosteneinsparung im Ein- und Austrittsmanagement und in der einrichtungsübergreifenden Behandlung. An zweiter Stelle stehen administrative Vorteile und die Möglichkeit, die Budgets besser planen zu können.

Der Nutzen für die Kostenträger wird für die anderen Szenarien als wesentlich geringer eingestuft.

4.3.4 Zusammenfassende Bewertung der Nutzenargumentation

Das ermittelte Nutzenpotential stützt die in Kapitel 4.2 gemachte Bewertung, wonach das Ein- und Austrittsmanagement (Übertrittsmanagement) und die einrichtungsübergreifende Behandlung das grösste Nutzenpotential aufweisen. Aber auch bei den Szenarien „Anforderung von Diagnostik“, „eKoGu“, „Stammdaten“ und „Notfall“ kann sowohl ein quantitatives und als auch ein qualitatives Nutzenpotential identifiziert werden.

4.4 Hürden und Hemmnisse

In diesem Kapitel werden die Hürden und Hemmnisse für die am häufigsten genannten Szenarien aufgezeigt. Auch dieser Teil des Interviews wurde nicht anhand von Vorgaben abgefragt, sondern frei innerhalb der verfügbaren Zeit diskutiert und basiert auf Spontannennungen und dem zeitlichen Verlauf innerhalb des Interviews.

Die Hürden und Hemmnisse, die genannt wurden, waren für alle Szenarien sehr ähnlich. Durch ihre häufigere Nennung wurden aber die Szenarien eins bis drei besonders intensiv diskutiert, so dass sie hier beispielgebend für alle Szenarien ausgewertet werden.

Die Frage nach den „Hürden und Hemmnisse“ ist in vier Aspekte gegliedert: Der erste Aspekt bezieht sich auf externe Faktoren, die für eine Realisierung des Szenarios von den jeweiligen Einrichtungen benötigt werden. Welche Hürden und Hemmnisse stehen einer Realisierung derzeit im Wege? Der dritte Aspekt beleuchtet, was heute bereits gelöst ist. Der vierte Aspekt fragt nach den Erwartungen an einen externen Partner.

Die hier aufgezeigten Antworten sind wieder nach den oben definierten Gruppen gegliedert und beruhen auf Einzelnennungen aus den Interviewprotokollen.

Insgesamt muss auch diese Auswertung unter dem Aspekt gesehen werden, dass es sich um Spontannennungen handelt. Bei den Einrichtungen innerhalb einer Gruppe handelt es sich zwar um Einrichtungen ähnlicher Art, jede Einrichtung agiert aber für sich und arbeitet mit unterschiedlichen Einrichtungen aus den anderen Gruppen zusammen, so dass die Sichtweisen und die sich daraus ergebenden Aussagen durchaus widersprüchlich sein können.

Die in den folgenden Abschnitten wiedergegebenen Aussagen bezüglich der Hürden und Hemmnisse wurden während der Interviews schriftlich protokolliert.

4.4.1 Beschreibung der Hürden und Hemmnisse in Bezug auf das Austrittsmanagement

Welche externen Faktoren werden für das Austrittsmanagement benötigt?	
Spitäler	<ul style="list-style-type: none">• Zuweiser / Belegärzte müssen mit IT-System ausgerüstet sein -> Anreize für Invest müssen vorhanden sein.• USZ und Stadtsptital Triemli müssen involviert sein.• Datenaustausch muss basierend auf Standards erfolgen (z. B. CDA (Clinical Document Architecture)).• Einheitliche PID (Patientenidentifikation) oder MPI (Master Patient Index) muss vorhanden sein.• Projekt soll auf Spitex-Spitin aufsetzen.
Niedergelassene Ärzte / Zuweiser	<ul style="list-style-type: none">• Daten müssen rechtzeitig vorliegen, so dass der Austritt vorbereitet werden kann.• Kooperation mit Spitälern (insbesondere Stadtsptäler Triemli und Waid) muss gelebt werden.

Nachsorgeeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Technische Infrastruktur für den Datenaustausch unter Gewährleistung des Datenschutzes muss vorhanden sein. • Readiness der Systeme im Spital muss gegeben sein. • Prozess- und Governance-Definition • Kooperationsbereitschaft der Einrichtungen und verbindliche Einhaltung vereinbarter Prozesse • Einheitliche Plattform für den Datenaustausch muss gegeben sein. • Patient muss eine Einverständniserklärung für die Datenübermittlung an die Krankenversicherung bzw. die Rehabilitationsklinik erteilen (können).
-------------------------------	---

Wo liegen die Hürden / Hemmnisse in Bezug auf das Austrittsmanagement?	
Spitäler	<ul style="list-style-type: none"> • Zunächst müssen interne KIS (Krankenhaus Informationssystem) Projekte abgeschlossen sein, damit der Austritt umfänglich digital dokumentiert werden kann. • Bei kleinen Volumina ist der Datenaustausch evtl. nicht rentabel. • In einer Belegarztambulanz ist der Belegarzt der Fallführer und nicht das Spital. • Die Spitäler sind heute noch nicht entsprechend technisch ausgestattet, so dass der Datenaustausch nicht stattfinden kann. • Der Prozess des Datenaustausches muss effizient gestaltet sein (heute werden alle notwendigen Dokumente ausgedruckt und verschickt. Für eine digitale Übermittlung müssen die Dokumente einzeln zusammengestellt und konvertiert werden (PDF); der Zeitaufwand ist hier höher). • Standards sind heute nicht etabliert (z. B. für Medikamentenliste). • Rollenkonzept, Identitäts- und Accessmanagement sind nicht vorhanden. • Übergreifende Projektleitung muss vorhanden sein. • Befürchtungen patientenseitig: gläserner Patient
Niedergelassene Ärzte / Zuweiser	<ul style="list-style-type: none"> • Früherer Spitalaustritt bedeutet eine Verstärkung der ambulanten Nachbetreuung -> 1) hier muss die Abgeltung angepasst werden 2) Infrastrukturen ausserhalb der Spitäler müssen angepasst werden (Spitex, Hausarztbetreuung). • Überlappung im Angebot der Notfallversorgung der Spitäler • Werden als zwei verschiedene Partner wahrgenommen und scheinen nicht elektronisch ready zu sein.

Nachsorgeeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Es fehlen gemeinsame Prozesse. • Unterschiedliche Prozesse mit dem Stadtspital Triemli und mit dem Stadtspital Waid; der nicht elektronische Datenaustauschprozess ist mit diesen beiden geregelt, er wird aber nur bedingt und unterschiedlich gelebt. • Die Datenschutzbestimmungen sind nicht einheitlich. • Unsicherheit im Bereich der Verantwortlichkeit für die Daten des Patienten (sie liegt in der Regel beim Arzt!) • Subjektive Sichtweise von Ärzten • Es fehlt an einer Finanzierung des elektronischen Austrittsprozesses • Heterogenität: die „andere Seite“ ist sehr breit gefächert (Physiotherapie, Spitex, Hausarzt) • Übermittlungssicherheit (Zugriffsrechte?) → Rollen und Identitätsmanagement muss vorhanden sein. • Vorgaben IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) sind noch nicht verabschiedet.
-------------------------------	---

Was ist im Zusammenhang mit dem Austrittsmanagement bereits gelöst?	
Spitäler	<ul style="list-style-type: none"> • MPI (Master Patient Index) ist technisch verfügbar. • Der Prozess ist etabliert, aber nicht auf elektronischen Medien. • Prozesse sind in Spitex-Spiti definiert.
Niedergelassene Ärzte / Zuweiser	<ul style="list-style-type: none"> • Prozess des Datenaustausches ist etabliert und funktioniert per Telefon. • Einige Leistungserbringer sind (fast) parat und suchen Leadership, um zu starten.
Nachsorgeeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Prozess und Governance mit Stadtspitälern ist an sich gelöst. • Mit dem USZ ist der Austrittsprozess etabliert; USZ generiert einen Austrittsrapport, der per Post an die Spitex verschickt wird; damit ist die Spitex in der Lage, alles Notwendige vorzubereiten / zu besorgen. • Sichere Plattform für den Austausch ist vorhanden (HIN - Health Info Net) aber wenig verbreitet (ist nicht IHE - Integrating the Healthcare Enterprise konform). • Gutes Entlassmanagement beim Waidspital (Ab- bzw. Mitgabe von Medikamenten)

Was ist Ihre Erwartung in Bezug auf das Austrittsmanagement an einen externen Partner?	
Spitäler	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgaben an Standards für den Datenaustausch wären sehr hilfreich. • Teilnehmende gewinnen für den Austausch → gegenseitiges Interesse nutzen, nicht Entschädigung als Anreiz zur Partizipation.

Niedergelassene Ärzte / Zuweiser	<ul style="list-style-type: none"> • Die Hürde für den Hausarzt, um an Informationen zu kommen, muss möglichst niedrig sein (vorzugsweise Push-Möglichkeit!). • Um das Thema „Datenaustausch“ voranzutreiben, Partner nicht nur im Verband als Ganzes suchen, sondern auf einzelne Verbandsmitglieder zugehen. • Die Spitäler müssen technisch bereit und organisatorisch gewillt sein, die Daten auszutauschen. • Anreize für die Hausärzte müssen geschaffen werden, damit sie die Investition in die notwendige IT tätigen. • Keine Privilegierung einzelner Partner, im Vordergrund sollen gemeinsame Ziele stehen, nicht die individuellen.
Nachsorgeeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Gleiche Datenstrukturen (einheitliche Medikations- und Therapiedokumentation) • Projekt mit den nachbehandelnden Hausärzten starten (wie bei eBanking!). • Mehr bindende Regulationen / Vorgaben, damit sich die Industrie auf die Lösungen konzentrieren kann und nicht für verschiedene Regionen Speziallösungen herstellt. • Kooperationsbereitschaft und verbindliche Einhaltung vereinbarter Prozesse

Ergebnisbeschreibung der Hürden und Hemmnisse in Bezug auf das Austrittsmanagement

Als notwendige externe Faktoren wird in erster Linie die technische Readiness genannt. Dazu gehört auch das Vorhandensein notwendiger zentraler Infrastrukturkomponenten, wie beispielsweise eines MPIs (Master Patient Index) oder einer schweizweiten Identität, beispielsweise in Form einer Versichertenkarte oder eines elektronischen Identitätsnachweises (z.B. einer SuisseID). Ein weiterer sehr wichtiger Punkt ist die Abstimmung und die Definition der Prozesse innerhalb des Datenaustausches.

Bei den Hürden und Hemmnissen wird vorrangig wieder die IT-Readiness genannt in der Form, dass in einigen Einrichtungen zunächst interne Einführungsprojekte abgeschlossen werden müssen, damit die interne Readiness besteht. Aber auch noch nicht klar definierte Prozesse werden als Hemmnis genannt, so dass die Antworten in diesen Punkten ein ähnliches Bild ergeben, wie unter dem Stichpunkt „fehlende externe Faktoren“. Hinzu kommt hier aber der Aspekt der Finanzierung. Zum einen die Finanzierung der Tätigkeit im Rahmen eines Datenaustausches (es wird davon ausgegangen, dass dieser Prozess zeitaufwendig sein wird), zum anderen im Rahmen eines zeitlich früheren Spitalaustritts und damit einer höheren Morbidität der Patienten zum Zeitpunkt der Übernahme in eine nachsorgende Einrichtung.

Auf die Frage, was bereits gelöst ist, wird vor allem auf die Prozesse verwiesen, die heute bereits etabliert sind, um den nicht elektronischen Datenaustausch zu unterstützen. Auch wird darauf verwiesen, dass die Technik an sich heute gelöst ist, es „lediglich“ an der Umsetzung fehlt.

Die Erwartung an einen externen Partner bezieht sich vor allem auf die Schaffung von Rahmenbedingungen. Dazu gehören Vorgaben von Standards seitens der Politik und seitens der anderen Leistungserbringer und die Bereitschaft, sich an einem Datenaustausch zu beteiligen.

4.4.2 Beschreibung der Hürden und Hemmnisse in Bezug auf eine einrichtungsübergreifende Behandlung

Welche externen Faktoren werden für eine einrichtungsübergreifende Behandlung benötigt?	
Spitäler	<ul style="list-style-type: none"> • Zuweiser müssen mit IT System ausgerüstet sein -> Anreize für Investition. • Rollenkonzept, Identitäts- und Accessmanagement müssen vorhanden sein. • Eine einheitliche PatientenID (z.B. MPI - Master Patient Index) muss vorhanden sein.
Niedergelassene Ärzte / Zuweiser	<ul style="list-style-type: none"> • Steuerung über den Patienten (er stellt die Forderung nach einer übergreifenden Akte); finanziert werden muss diese entweder durch den Kanton oder die Versicherungen. • Identitätsmanagement muss vorhanden sein. • Klärung des „Führungsorgans“ für die Netzakte (klassische Hausarzt-Aufgabe)!
Nachsorgeeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Der Austausch mit den Hausärzten muss über eine Schnittstelle erfolgen und nicht individuell mit 350 verschiedenen Partnern. • Identitätsmanagement / Rollenmanagement (rollenbasierter Zugriff auf eine gemeinsame Dokumentation) • Prozesse müssen abgesprochen werden (80% der Zuweiser (Falllieferanten) müssten beteiligt sein).

Wo liegen die Hürden / Hemmnisse in Bezug auf eine einrichtungsübergreifende Behandlung?	
Spitäler	<ul style="list-style-type: none"> • Zunächst muss der Prozess der Zusammenarbeit und in einem zweiten Schritt muss die technische Grundlage dafür definiert werden. • Sicherheits- und Rollenkonzept / Identity and Access Management ist nicht vorhanden. • Berufspolitik (ambulante - stationäre Behandlung) • Incentivierung muss etabliert werden. • Übergreifendes Projektmanagement muss vorhanden sein.
Niedergelassene Ärzte / Zuweiser	<ul style="list-style-type: none"> • Das Führen eines interdisziplinären Dossiers bedeutet einen zusätzlichen administrativen Aufwand und muss bezahlt werden. • Stellt der Hausarzt die Akte zur Verfügung, hat er keine Möglichkeit, diese zu refinanzieren (für den Bund / Versicherungen hingegen ist das möglich). • Fehlende intrinsische Motivation der Beteiligten • Investment und Zeit fehlt für solch ein Projekt. • Heterogenität der technischen Ist-Situation

Nachsorgeeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Es besteht Kontakt zu insgesamt 350 Hausärzten, die alle unterschiedliche Prozesse haben und – falls überhaupt schon vorhanden – unterschiedliche Systeme einsetzen. • Es besteht die Gefahr, dass nicht vergütete Leistungen vom Hausarzt erbracht werden. • Fehlende Standards für das Identifikationsmanagement / Rollenmanagement (hier muss der Bund entsprechende Vorgaben machen) • Heute werden Informationen oft gemailt; es ist nicht immer sichergestellt, dass die Daten auch wirklich bei den Adressaten ankommen (Problem der toten Mail-Accounts, Abwesenheits- und Stellvertretungsregelung, bei unpersönlichen Mail-Accounts ist der Datenschutz nicht gewährleistet). • Prozessuale Ebene liegt hoheitlich in den Institutionen! Einigung schwierig. • Interne Ressourcenknappheit • Strategische Priorisierung des Themas • Identitäten- und Accessmanagement ist nicht vorhanden. • Kultur (persönliche Kommunikation ist sehr wichtig)
-------------------------------	---

Was ist im Zusammenhang mit einer einrichtungsübergreifenden Behandlung bereits gelöst?	
Spitäler	<ul style="list-style-type: none"> • Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Sonnweid in Wetzikon und fünf Pflegezentren der Stadt.
Niedergelassene Ärzte / Zuweiser	
Nachsorgeeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Projekt PalCare • Prozess funktioniert (per Telefon)

Was ist Ihre Erwartung in Bezug auf eine einrichtungsübergreifenden Behandlung an einen externen Partner?	
Spitäler	<ul style="list-style-type: none"> • Austausch im Bereich bildgebender Systeme müsste zufriedenstellend gelöst werden.
Niedergelassene Ärzte / Zuweiser	<ul style="list-style-type: none"> • Der Hausarzt muss die verantwortliche Instanz für das Führen eines interdisziplinären Dossiers sein.
Nachsorgeeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperationsbereitschaft und verbindliche Einhaltung vereinbarter Prozesse • Einheitliche standardisierte Systeme • Investitionswille

Ergebnisbeschreibung der Hürden und Hemmnisse in Bezug auf die einrichtungsübergreifende Behandlung

Bei der einrichtungsübergreifenden Behandlung stehen bei den benötigten externen Faktoren zentrale Infrastrukturkomponenten wie MPI (Master Patient Index), Rollenkonzept und Identitäts- und Accessmanagement, letzteres beispielsweise mittels HPC (Health Professional Card) oder Versichertenkarte, an erster Stelle. Ein zweiter wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang ist die Schnittstellendefinition zwischen den Einrichtungen.

Auch bei den Hürden und Hemmnissen wird auf das Fehlen von zentralen Infrastrukturkomponenten verwiesen und auf die Notwendigkeit, den Prozess der Zusammenarbeit und die dafür notwendigen technischen Grundlagen für alle beteiligten Einrichtungen zu definieren. Ein weiterer Punkt ist die fehlende Finanzierung für das Führen einer einrichtungsübergreifenden Akte.

Die Erwartungen an die Unterstützung durch einen externen Partner sind hier breit gestreut und gehen von der Steuerung technischer Anforderungen bis hin zur Klärung der Prozesse und Verantwortlichkeiten in Zusammenhang mit dem Führen einer übergreifenden Akte.

4.4.3 Beschreibung der Hürden und Hemmnisse in Bezug auf das Eintrittsmanagement

Welche externen Faktoren werden für das Eintrittsmanagement benötigt?	
Spitäler	<ul style="list-style-type: none"> • Anreize für Belegärzte • Standardisierung (z. B. CDA – Clinical Document Architecture) • Mit den wichtigsten Zuweisern (Hausärzte, USZ, Stadtspital Triemli) einen Standard definieren (Daten und Format) • Grössere „Homogenität“ oder gleiche Prozesse für Zuweiser • Prozessstandards • IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) konforme Plattform • Governance • Staatliche Vorgaben und Standardisierungen wären wünschenswert, dem Spital fehlt in der Regel die Verhandlungsmacht.
Niedergelassene Ärzte / Zuweiser	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation mit Spitälern (insbesondere Stadtspital Triemli und Waid)
Nachsorgeeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Eindeutige Identitäten der Patienten sind notwendig, um die Daten automatisch zuordnen zu können. • Prozessorientierung in den Spitälern, Governance; die Technologie ist dabei nebensächlich. • Technische Infrastruktur für den Datenaustausch unter Gewährleistung des Datenschutzes • Prozess- und Governance-Definition

Wo liegen die Hürden / Hemmnisse in Bezug auf das Eintrittsmanagement?

<p>Spitäler</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zunächst müssen interne Projekte abgeschlossen werden (z.B. KIS - Krankenhaus Informationssystem Einführung), damit der Austritt umfangreich digital dokumentiert werden kann. • Der Belegarzt ist Fallführer und entscheidet gemeinsam mit Patient über weitere Stationen (nicht das Spital). • Der Wunsch nach Individualität erschwert die Einigung. • In der bestehenden Umgebungen ist die elektronische Datenaufbereitung für den elektronischen Versand einfach zu aufwändig. • Frage / Vorgabe bezüglich gerichteter oder ungerichteter Kommunikation ist nicht geklärt. • Gewährleistung der "Empfangssicherheit" • Die Daten gehören dem Patienten -> Ängste in Bezug auf Datenaustausch (gläsernen Patient) • Trust Center fehlt (für Identifikation und / oder Datenhaltung). • Eindeutigkeit der Identifikation fehlt (Versichertenkarte nicht geeignet). • Die niedergelassenen Ärzte sind nur teilweise mit Software ausgestattet; es sind keine Standards für den Datenaustausch vorhanden. • Partikularinteressen von Belegärzten: Transparenz / Eingriffsmöglichkeiten bei Ressourcenplanung ist problematisch und wirtschaftlich nicht immer vertretbar.
<p>Niedergelassene Ärzte / Zuweiser</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Überlappung im Angebot der Notfallversorgung • Stadtspitäler müssen als zwei Partner behandelt werden, scheinen elektronisch nicht in der Lage für eine Vernetzung (auch prozessual nicht).
<p>Nachsorgeeinrichtungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Datenschutz, Identitäten, Rollen-/ Berechtigungskonzepte sind nicht vorhanden. • Prozessverkürzungen könnten bessere Ergebnisse bei KoGu (Kostengutsprache) bringen, kann aber nicht helfen, wenn Krankenkassen immer weniger KoGu sprechen; Prozessverbesserung mit Akutspitälern notwendig. • Gemeinsame Prozesse fehlen. • Die Datenschutzbestimmungen sind nicht einheitlich. • Unsicherheit im Bereich der Verantwortlichkeit für die Daten des Patienten (sie liegt in der Regel beim Arzt!) • Subjektive Sichtweise von Ärzten

Was ist im Zusammenhang mit dem Eintrittsmanagement bereits gelöst?	
Spitäler	<ul style="list-style-type: none"> • MPI (Master Patient Index) ist technisch verfügbar. • Spitex, Heime: Standard, was übermittelt werden soll, ist bereits erarbeitet (Projekt „Spitin-Spitex“). • Technologisch ist es gelöst und mit einzelnen Leistungserbringern gibt es Verträge, wie es funktionieren soll. • Der Prozess ist etabliert, aber nicht auf elektronischen Medien.
Niedergelassene Ärzte / Zuweiser	<ul style="list-style-type: none"> • Einige Leistungserbringer sind (fast) bereit und suchen Leadership, um zu starten.
Nachsorgeeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Technologie ist vorhanden.

Was ist Ihre Erwartung in Bezug auf das Eintrittsmanagement an einen externen Partner?	
Spitäler	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei der Definition der Standards • Standardisierte Schnittstellen (Prozesse) für die zu sendenden Daten (dies geht in Richtung „gemeinsame Akte“) • Vorgaben an Standards für den Datenaustausch wären sehr hilfreich. • Professionelle entscheidungsbefugte Projektleitung
Niedergelassene Ärzte / Zuweiser	<ul style="list-style-type: none"> • Die Spitäler müssen für den Datenaustausch technisch bereit und organisatorisch gewillt sein. • Anreize für die Hausärzte schaffen, damit sie die Investition in die notwendige IT tätigen. • Verzicht auf "eigene Werte": die gemeinsam zu erreichenden Ziele in den Vordergrund stellen. • Interne Homogenisierung der Stadtspitäler: das Spital muss als eine Einheit spürbar werden in der Verhandlung, nicht nur die einzelne Klinik. • Keine Privilegierung einzelner Partner
Nachsorgeeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Zentrales „lebenslanges“ Patientendossier; geklärt werden muss die Frage, welche Daten in dieses Dossier gehören und welche nicht. • Standardisierung von Prozessen, Definitionen und Inhalten: Round Table für Festlegung der Governance (medizinisch und administrativ!) • Zentrale Identitäten und Datenschutzkonzept • Professionelle Projektleitung: Herkunft nicht ausschlaggebend, Qualität/Kompetenz zählt. • Gleiche Datenstrukturen (einheitliche Medikations- und Therapiedokumentation)

Ergebnisbeschreibung der Hürden und Hemmnisse in Bezug auf das Eintrittsmanagement

In den Antworten auf die Fragen nach den benötigten externen Faktoren fällt in Bezug auf das Eintrittsmanagement vor allem das Stichwort „Standards“. Standards in Bezug auf Technik, Daten und Formate, aber auch in Bezug auf die am Austausch beteiligten Prozesse.

Unter „Hürden und Hemmnisse“ wird vor allem darauf hingewiesen, dass die Art und Weise, wie die Daten ausgetauscht werden sollen, nicht klar sind. Dazu gehören sowohl die technischen Grundlagen als auch eine Klärung des Zusammenarbeitsmodells.

Das Thema „Datenschutz“ wird erwähnt und in diesem Zusammenhang auch Ängste seitens der Patienten („gläserner Patient“) wie auch Ängste seitens der Ärzte in Bezug auf die rechtliche Grundlagen der Datenhaltung und des Datenzugriffs.

Der Tenor auf die Frage nach dem, was bereits gelöst ist, ist einstimmig: Die wichtigsten Prozesse sind zwischen einigen Einrichtungen bereits diskutiert und teilweise definiert, technische Lösungen für den Datenaustausch stehen zur Verfügung – es fehlt vor allem an einem „Leader“, der die Führung übernimmt.

Dieser Wunsch wird auch als Erwartung an einen Partner geäußert. Weitere Erwartungen beziehen sich auf die Unterstützung durch die Definition der oben genannten Standards.

Die Frage nach der Finanzierung von Investitionen für den Datenaustausch wird auch im Rahmen des Eintrittsmanagements gestellt.

4.4.4 Zusammenfassende Bewertung der Hürden und Hemmnisse

Vergleicht man die Aussagen zu den Hürden und Hemmnissen innerhalb der drei Szenarien, kann festgestellt werden, dass sie sehr ähnlich sind. Grundsätzlich wird in allen drei Szenarien darauf hingewiesen, dass die technische Readiness bei den beteiligten Partnern vorhanden sein muss und auch die Bereitschaft, sich zu engagieren und in Infrastruktur zu investieren.

Als externe Partner werden sowohl andere am Datenaustausch beteiligte Einrichtungen bezeichnet als auch Politik und Kostenträger. Von den Regulatoren wird erwartet, dass sie definierend und regulierend den Aufbau einer Infrastruktur und der notwendigen Prozesse unterstützen, und damit die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen. Dazu zählt auch die Schaffung verbindlicher Rechtsgrundlagen und Finanzierungsmodelle.

4.5 Allgemeine Widerstände, Chancen und Risiken

In Abschnitt 4.4 wurde nach den Hürden und Hemmnissen in Bezug auf die Szenarien gefragt. Der vorliegende Abschnitt gibt eine Übersicht über die Einschätzung der allgemeinen Widerstände, der Chancen und der Risiken wieder, die, losgelöst von den Szenarien, aus Sicht der Leistungserbringer bezüglich eines elektronischen Datenaustausches gesehen werden.

Die Liste ist gruppiert nach den Aussagen der Spitäler, der niedergelassenen Ärzte und Zuweiser und aus Sicht der Nachsorgeeinrichtungen. Sie hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit, vielmehr handelt es sich um spontane Antworten auf offene Fragen.

Im Folgenden werden unveränderte Auszüge aus den Interviewprotokollen wiedergegeben.

4.5.1 Beschreibung aus Sicht der Spitäler

Allgemeine Widerstände aus Sicht der Spitäler

- Befürchtung, zum gläsernen Patienten zu werden.
- Verschiedene Softfaktoren (Berufsverständnis, Änderungen in der Arbeitsweise, etc.)
- Evtl. personelle Widerstände gegen ein Arbeiten am PC (vermutlich bei älteren Mitarbeitern, sicher aber auch bei traditionell IT-fernen Berufsgruppen) oder gegen die Veränderung von Arbeitsabläufen
- Prozesswissen, Veränderung von Abläufen, Verschiebung von Kompetenzen
- Personal (Change, Kompetenz, Ausbildung)
- Macht (Eingriff in den Klinikalltag), Visibilität, Berufsstandsverständnis problematisch

Chancen aus Sicht der Spitäler

- Das Vertrauen in den elektronischen Datenaustausch muss geschaffen werden (Aspekte der Sicherheit und des Nutzen).
- Einführung der DRGs wird ein Hebel sein, für die Einführung eines strukturierten Datenaustausches; die heute teils parallelen Prozesse in Papier-Empfänger und el. Empfänger stossen nicht auf grosses Verständnis bei den Mitarbeitern.
- Vieles an Governance ist bereits da, muss noch durchgängig gelebt und performanter werden.
- Wettbewerbsvorteil für Mitarbeitende

Risiken aus Sicht der Spitäler

- (Daten)rechtliche Grundlagen müssen kantonsübergreifend geregelt sein; bis dahin hilft ein professionelles Risiko-Management weiter (z. T. bewegt man sich im Graubereich in diesen Grenzgebieten des Austausches).
- Heterogenität der Hausarzt-Population und deren Überalterung
- Interne Ressourcenknappheit
- Projekte im Rahmen von eHealth können nur dann erfolgreich sein, wenn viele Leistungserbringer teilnehmen.
- Der Nutzen von eHealth ist aber nicht einfach nachweisbar, daher ist die Gefahr gross, dass eHealth nie umgesetzt wird.
- Geringer Technisierungsstand bei den Vor- und Nachsorgern
- Fehlende Infrastruktur → verhindert Auseinandersetzung mit IT und deren Integration in den Arbeitsprozess
- Datenschutz: externe regulative Vorgaben verhindern die Weitergabe von Informationen (Schweigepflicht); es wird aber klar festgehalten, dass Datenschutz ein immens wichtiges Thema ist; ein übergreifendes Governance- / Datenschutzkonzept besteht nicht.
- Die Umsetzung von Datenschutzmechanismen ist technisch möglich aber sehr teuer; bis heute wurde hier nicht investiert, da die Notwendigkeit im Moment nicht besteht (Kosten/Nutzen-Verhältnis stimmt bisher nicht).
- Einfache Infrastrukturen fehlen (z. B. Verschlüsselung)
- Besonderes Misstrauen gegenüber elektronischen Hilfsmitteln besteht im Kreis der Anwenderinnen und Anwender.

Ergebnisbeschreibung aus Sicht der Spitäler

Widerstände werden von den Spitalern vor allem auf Seiten der Mitarbeiter gesehen. Eine Veränderung der Arbeitsweise und der Arbeitsabläufe bedingt zusätzlichen Aufwand und unter Umständen eine Verschiebung von Kompetenzen. Auf der andern Seite kann die Einführung von IT-Technologien auch einen Wettbewerbsvorteil für die Mitarbeiter in Form einer besseren Positionierung auf dem Arbeitsmarkt darstellen.

Für die Spitäler, die heute schon „IT ready“ sind, stellt der elektronische Datenaustausch eine Chance dar, ihre Prozesse zu straffen und sich damit einen Wettbewerbsvorteil zu erwerben.

Die Risiken für die Einführung eines elektronischen Datenaustausches werden seitens der Spitäler vor allem in drei Punkten gesehen: Unklare Datenschutzregelungen, vor allem in einem die Kantonsgrenzen überschreitenden Datenaustausch; zu geringer Einsatz von IT-Infrastruktur seitens der Leitungserbringer und damit als dritter Punkt: Ein elektronischer Datenaustausch ist nur dann sinnvoll, wenn sich im Sinne eines Netzwerkeffektes viele Einrichtungen daran beteiligen.

4.5.2 Beschreibung aus Sicht der niedergelassenen Ärzte / Zuweiser

Allgemeine Widerstände aus Sicht der niedergelassenen Ärzte / Zuweiser

- Es wird ein Invest auf Seiten der Hausärzte gefordert, aber es gibt keine Gegenfinanzierung seitens der KV oder des Bundes.
- Die Vergütung für einen elektronischen Datenaustausch muss von den Krankenversicherungen kommen, da hier der grösste Nutzen in Form von Kostenersparnis generiert wird (kürzerer Spitalaufenthalt).
- Kulturveränderungen in der Medizin gehen sehr langsam vor sich; Standardisierung widerspricht der Kultur des Individuellen und wird nur teilweise geschätzt.
- Es besteht Angst vor juristischen Konsequenzen bei der Einführung von Änderungen (Rechtsunsicherheit).
- Vorbehalte gegenüber Transparenz (gläserner Arzt)
- Vorbehalte gegenüber zunehmender Daten-/Informationsflut (Sammelleidenschaft?)

Chancen aus Sicht der niedergelassenen Ärzte / Zuweiser

- Datenschutz ist kein Hemmnis, da der Datenschutz nicht überall gleich gehandhabt wird und damit einen weichen Faktor darstellt.

Risiken aus Sicht der niedergelassenen Ärzte / Zuweiser

- Hausärzte und Spitäler sowie Hausärzte und Spitex sind in einigen Bereichen Konkurrenten (z.B. bei der präoperativen Abklärung, bei der 7 x 24 Betreuung); ein Datenaustausch kann die Konkurrenzsituation hier noch verschärfen; daher ist bei einem elektronischen Datenaustausch sehr darauf zu achten, dass er sich nicht negativ auf die Situation der Hausärzte auswirkt.
- Altersspitze bei FMH's (Innovationsstau)
- Datenschutz kann bei einem Notfall hindern, hier kann er mehr Schaden anrichten als Nutzen stiften.
- Beschränkte Ressourcen: für solche Projekte werden dieselben Personen benötigt, die auch bei der Realisierung anderer Projekte eingesetzt werden.

Ergebnisbeschreibung aus Sicht der niedergelassenen Ärzte / Zuweiser

Bei den niedergelassenen Ärzten steht die ungeklärte Frage nach der finanziellen Vergütung im Vordergrund. Ein weiteres Hemmnis besteht in der Menge und Vielfalt der Individuen im Bereich der niedergelassenen Ärzte und die damit einhergehende Vielfalt der Meinungen und Einstellungen.

Als Risiko wird die unter Umständen geförderte Konkurrenzsituation zu anderen Einrichtungen gesehen.

4.5.3 Beschreibung aus Sicht der Nachsorgeeinrichtungen

Allgemeine Widerstände aus Sicht der Nachsorgeeinrichtungen

- Gläserner Patient und gläserner Arzt
- Der Kulturwandel geht langsam, die Bereitschaft, mit IT zu arbeiten, ist noch nicht bei jedem Leistungserbringer vorhanden.
- Kultur in der Pflege: mündliche Kommunikation wird mehr und lieber gelebt als eine schriftliche Kommunikation / Dokumentation.
- FMH ist eHealth gegenüber sehr kritisch; Ärzte haben die Befürchtung zum „gläsernen Arzt“ zu werden.

Chancen aus Sicht der Nachsorgeeinrichtungen

- Die IT selber ist kein Problem, Lösungen stehen bereit.

Risiken aus Sicht der Nachsorgeeinrichtungen

- Der Datenschutz ist das grösste Hindernis im elektronischen Austausch von Patientendaten.
- Um einen umfassenden Austausch gewährleisten zu können, müssen alle Leistungserbringer mit einem IT-System ausgestattet sein und auf einer gemeinsamen Plattform kommunizieren.
- Das Alltagsgeschäft geht in jedem Fall vor (nicht alles auf einmal versuchen, sondern in kleinen Schritten).
- Nicht alle Mitarbeiter haben IT-Kenntnisse (Ausbildung und Zugang).
- Spital-Readiness fehlt und / oder ist sehr unterschiedlich: die beiden Stadtspitäler praktizieren nicht den gleichen Übertrittsprozess.
- Fehlender HPI (Health Professional Index) und Verlaufsdokumentationen verhindern Sicherheit und Nachvollziehbarkeit → fehlendes Vertrauen in Technologie.
- Der Datenschutz ist je nach Kanton der zuweisenden Institution anders geregelt.
- Standards bei Versicherern fehlen.
- Die Pflegefinanzierung sieht keinerlei Vergütung für Tätigkeiten im Rahmen eines elektronischen Datenaustausches vor.
- Aufwand für Schulung des Betreuungspersonals und Ausrüstung liegt bei der Einrichtung.

4.5.4 Ergebnisbeschreibung aus Sicht der Nachsorgeeinrichtungen

Die Kultur der persönlichen Kommunikation ist in den Nachsorgeeinrichtungen stark ausgeprägt, so dass eine elektronische Dokumentation und ein elektronischer Datenaustausch hier einem Kulturwandel entsprechen und sich somit als Widerstand darstellen.

Die Risiken liegen vor allem im Bereich der IT-Ausstattung und im Bereich der IT-Kenntnisse und deren Finanzierung. Weitere Risiken sind im Fehlen von kantonsübergreifenden einheitlichen Datenschutzbestimmungen zu sehen.

4.5.5 Zusammenfassende Bewertung der allgemeinen Widerstände, Chancen und Risiken

Zusammenfassend lassen sich bei den befragten Leistungserbringern allgemeine Widerstände auf kulturellen, prozessualen und technischen Ebenen identifizieren. Daraus lässt sich ein Bedarf nach Führung, Ausbildung und Organisationsentwicklung erkennen, der von einem eHealth Project Office gedeckt werden könnte. Klärungsbedarf besteht insbesondere in Bezug auf Rollen- und Verantwortungsdefinitionen.

Chancen werden vor allem aus Sicht der Spitäler im Hinblick auf die Einführung von Fallpauschalen (Swiss DRG) formuliert.

Um den aufgezeigten Risiken zu begegnen, sind entsprechende Rahmenbedingungen notwendig, die Kompetenzen in den Bereichen Prozessdefinition, Recht, Finanzen und Technologie verlangen.

5 Bewertung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der sechzehn durchgeführten Interviews repräsentieren die Ansichten der für die Gesundheitsversorgung von Patienten der Stadt Zürich relevanten Institutionen, wobei einschränkend festzustellen ist, dass die niedergelassenen Ärzte mit zwei interviewten Partnern eher untervertreten waren.

Die gewählte Methodik eines vorbereitenden, strukturierten Fragebogens, der in einem Interview besprochen und ergänzt werden konnte, ermöglichte sowohl eine breite Sammlung von unabhängigen Bewertungen als auch einen Abgleich und eine Zusammenführung von Definitionen, Begrifflichkeiten und Inhalten. Für die Interviews stellten sich Teilnehmer zur Verfügung, die strategische, betriebliche und informationstechnologische Sichtweisen der jeweiligen Einrichtungen vertreten konnten und eine breit abgestützte Analyse und Diskussion ermöglichten (vgl. Liste der Interviewteilnehmer im Anhang).

Die Auswertung der Fragebogen und der Interviews hat gezeigt, dass Handlungsbedarf auf unterschiedlichen Ebenen besteht, um den elektronischen Austausch von Patientendaten zu fördern (vgl. Abbildung 7):

- Zum einen auf der prozessualen Ebene basierend auf den identifizierten und hoch priorisierten Szenarien (prozessorientierte Handlungsfelder).
- Zum anderen sind für deren Umsetzung Aktivitäten nötig, die - basierend auf Rahmenbedingungen - die dafür notwendigen Grundlagen und Voraussetzungen schaffen (grundlegende Handlungsfelder).

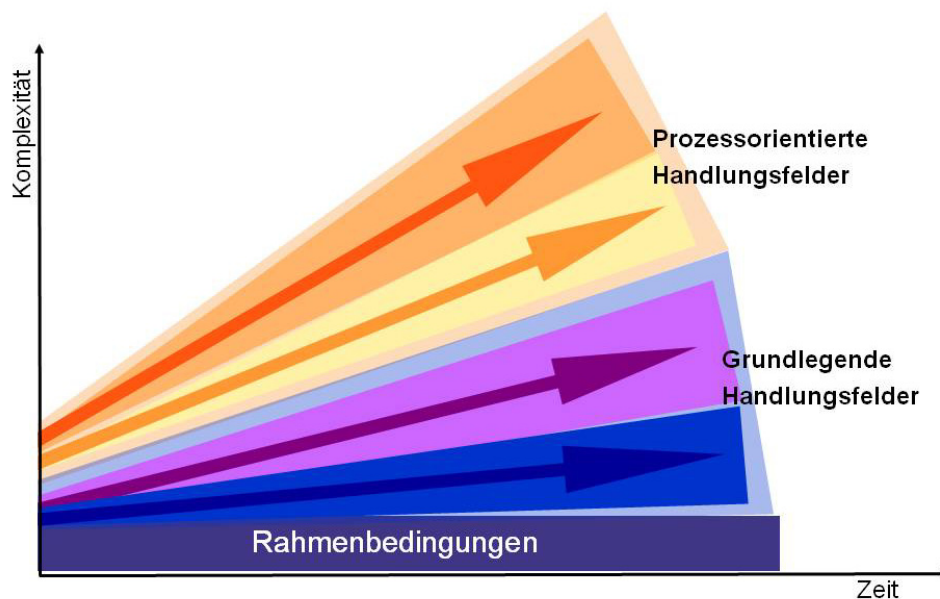


Abbildung 7: Illustration der verschiedenen Handlungsfelder.

5.1 Übersicht der abgeleiteten prozessorientierten Handlungsfelder

Aus den am häufigsten genannten Szenarien können zwei Handlungsfelder mit entsprechenden strategische Zielrichtungen abgeleitet werden: Zum einen in Richtung einer „einrichtungsüber-

greifenden Behandlung“, unterstützt durch eine einrichtungsübergreifende Dokumentation im Sinne einer Netzakte und zum anderen in die Richtung eines „Übertrittsmanagements“, das die Szenarien Eintritts- und Austrittsmanagement zusammenfasst und in gegenseitige Abhängigkeit bringt (vgl. Abbildung 8).

Die identifizierten Szenarien „Anforderung von Diagnostik“, „eKoGu“, „erweiterte Stammdaten“ und „Notfall“ können inhaltlich in die beiden strategischen Handlungsfelder eingeordnet werden und werden somit als Projekte im Sinne von Teilschritten auf dem Weg der Umsetzung der Handlungsfelder betrachtet.

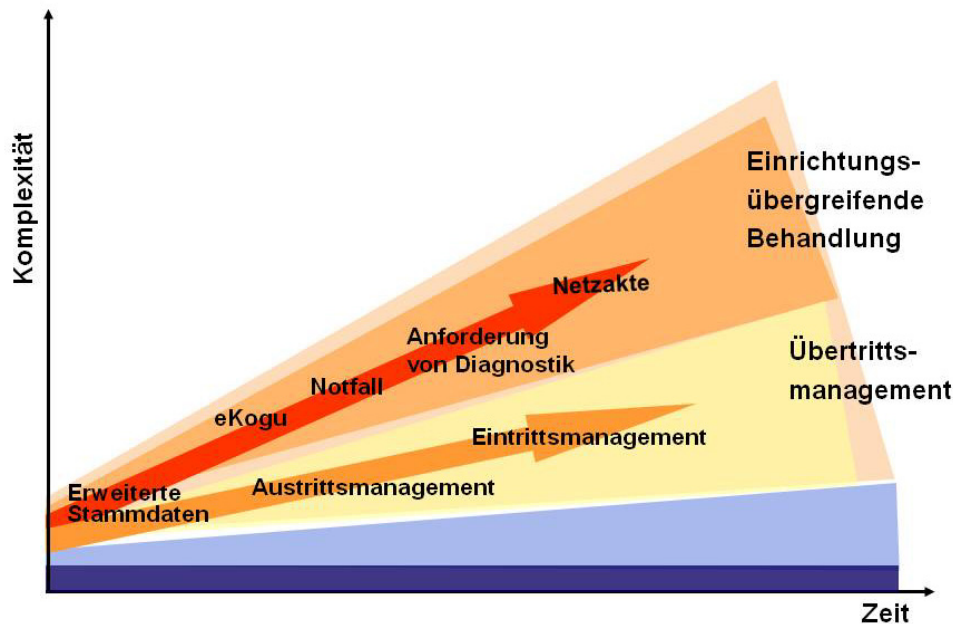


Abbildung 8: Darstellung der prozessorientierten Handlungsfelder und vereinfachte Zuordnung der identifizierten Projekte.

5.2 Übersicht der abgeleiteten grundlegenden Handlungsfelder

Die Resultate der Aufwand / Nutzen-Bewertungen der einzelnen Szenarien sowie die Zusammenstellung von allgemeinen Hürden und Hemmnissen zeigen, dass zusätzlich zu den prozessorientierten Handlungsfeldern auch Handlungsbedarf in Bereichen besteht, die für die Umsetzung der prozessorientierten Handlungsfelder notwendig sind, wie beispielsweise der Bedarf nach professioneller Koordination und Projektleitung oder der Bedarf nach Klärung von Finanzierungsmodellen oder datenschutzrechtlichen Grundlagen.

Diese Themen betreffen zum einen notwendige Rahmenbedingungen, die für die Umsetzung der Handlungsfelder vorhanden sein müssen, sind zum anderen aber auch als eigene grundlegende Handlungsfelder zu betrachten (vgl. Abbildung 9).

Als ein grundlegendes Handlungsfeld lässt sich in erster Linie der Bedarf nach professioneller Koordination und Projektleitung im Sinne eines „eHealth Project Office“ erkennen, das Themen, wie die Erstellung von Businessplänen, die Evaluation von strategiekonformen Technologien oder aber auch die Betreuung von Partnern abdeckt. Identitätsservices mit dem Ziel, einen zentralen Stammdatensatz und ein zentrales Rollenkonzept zur Verfügung zu stellen, können als zweites grundlegendes Handlungsfeld identifiziert werden.

Zu den Rahmenbedingungen zählen Themen, wie die Weiterentwicklung der Zürcher eHealth Strategie, die Sicherstellung der Finanzierung sowie verbindliche Klärung von Rechts-, Prozess- und Technologiefragen.

Die oben aufgezeigten Themen überlappen sich in manchen Bereichen inhaltlich mit den grundlegenden Handlungsfeldern. Die Schaffung eines eHealth Project Office mit verbindlicher Aufgabenzuordnung kann hier zur Klärung der Rahmenbedingungen beitragen und somit die Basis für die Umsetzung der Handlungsfelder bilden.

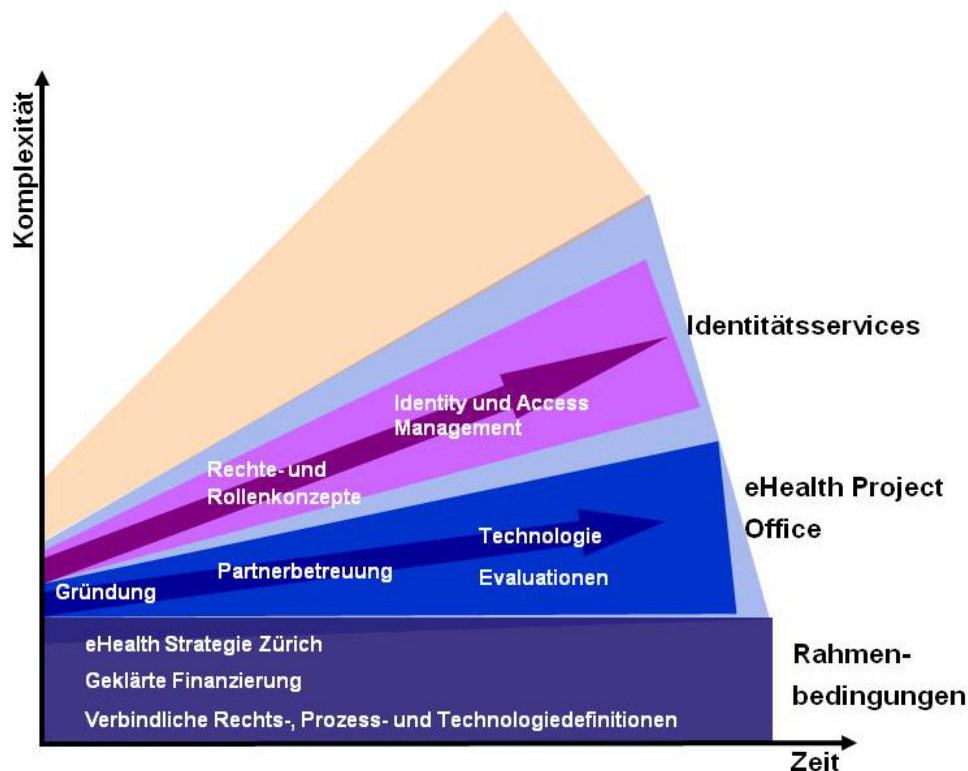


Abbildung 9: Darstellung der grundlegenden Handlungsfelder und Rahmenbedingungen.

5.3 Einordnung der Ergebnisse in den nationalen eHealth Kontext

Die identifizierten Handlungsfelder müssen im eHealth Kontext, insbesondere der nationalen eHealth Strategie³, der Vision des Gesundheitsnetzes 2025 der Stadt Zürich⁴ sowie den Zielen des Projektes EAP⁵ interpretiert und bewertet werden.

Eine vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragte Nutzenanalyse für eHealth (vgl. Abbildung 10) ist zu ähnlichen Resultaten gekommen wie die vorliegende Befragung der Leistungserbringer im Raum Zürich: Das „elektronische Patientendossier“ in der BAG Studie entspricht dem prozessorientierten Handlungsfeld „einrichtungübergreifende Behandlung“ und das „Zuweiserverportal“ in der BAG Studie lässt sich dem prozessorientierten Handlungsfeld „Übertrittsmanagement“ in der vorliegenden Befragung zuordnen.

³ <http://www.bag.admin.ch/ehealth/index.html?lang=de>

⁴ <http://www.stadt-zuerich.ch/gud/de/index/gesundheit/gesundheitspolitik/gesundheitsnetz2025.html>

⁵ <http://www.gesundheitsnetz2025.ch/alle-projekte/datenaustausch/beschreibung>

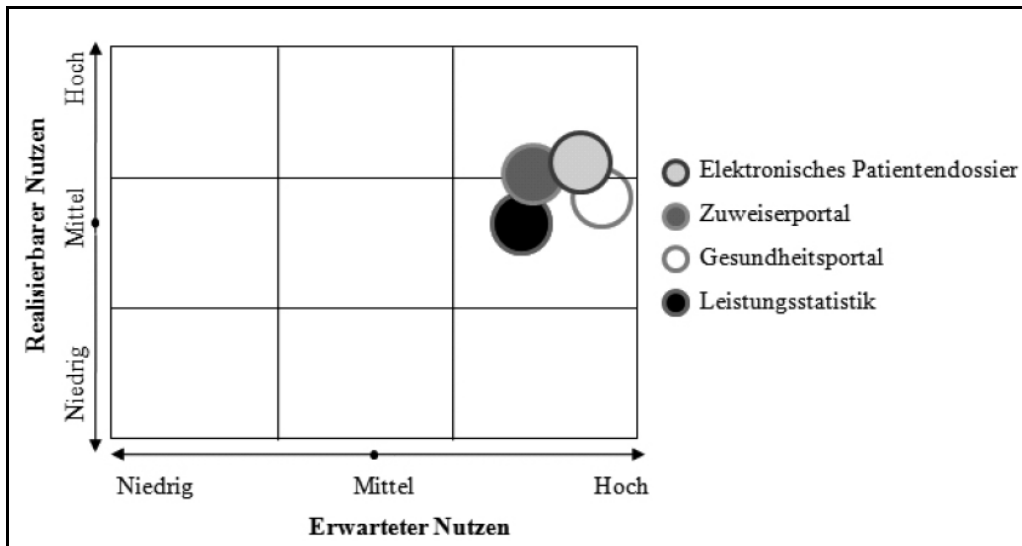


Abbildung 10: Studie zur Nutzenevaluation von eHealth in der Schweiz, Mai 2009⁶.

Die Themen „Gesundheitsportal“ und „Leistungsstatistik“ wurden in der vorliegenden Befragung weder als strategische Ziele noch als Projekte innerhalb der identifizierten Handlungsfelder identifiziert, was damit zusammenhängt, dass das Gesundheitsportal eher im Sinne einer Dienstleistung für den Patienten zu verstehen ist und im Zusammenhang mit einem Datenaustausch zwischen Leistungserbringern eine untergeordnete Rolle zu spielen scheint. Das Thema „Leistungsstatistik“ „umfasst die wesentlichen Funktionen für die Sammlung und Bereitstellung von Daten, welche sich mit der Qualität, Effizienz und Kosten der im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen beschäftigt“⁵. Damit ist auch dieses Thema nicht im Fokus der vorliegenden Befragung und wurde demzufolge auch nicht als ein relevantes Thema identifiziert.

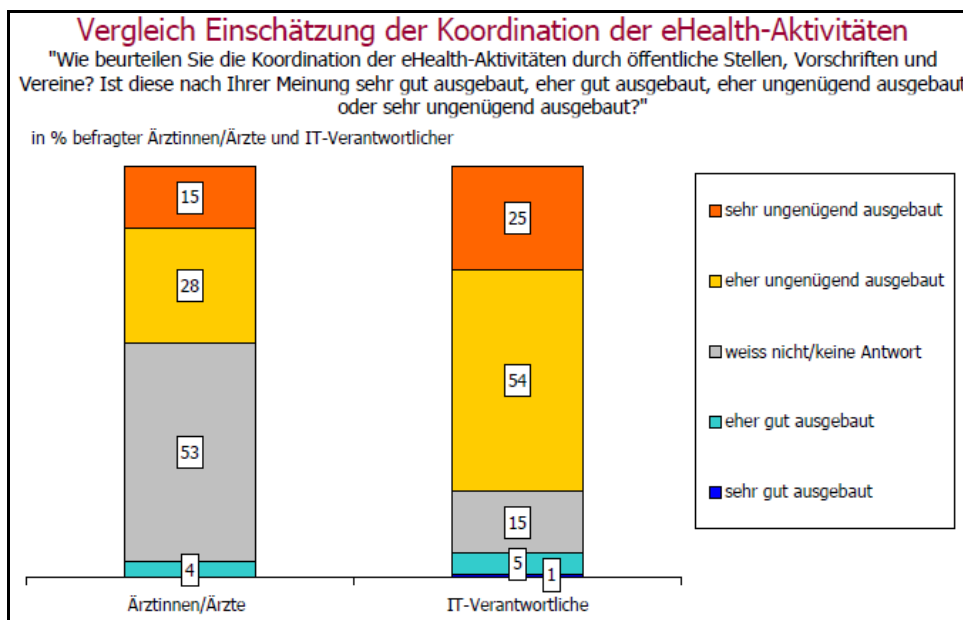


Abbildung 11: Mangelnde Koordination von eHealth Aktivitäten⁷.

⁶ Fitterer R, Mettler T und Rohner P: Was ist der Nutzen von eHealth? Eine Studie zur Nutzenevaluation von eHealth in der Schweiz, Mai 2009; BE IWI/HNE/02

Die kürzlich publizierte Swiss eHealth Barometer Studie des gfs.bern⁷ stützt die Beurteilung der grundlegenden Handlungsfelder in der vorliegenden Befragung der Einrichtungen im Raum Zürich. Als zentrales Resultat des Swiss eHealth Barometers konnte ein Defizit an Koordination von eHealth Aktivitäten festgestellt werden (vgl. Abbildung 11). Dies ist deckungsgleich mit dem Wunsch der befragten Einrichtungen nach einer zentralen Stelle für die Koordination der eHealth Projekte.

Als weitere Hürde bzw. weiteres Hemmnis wurde von den befragten Einrichtungen das Fehlen von einheitlichen Rechtsgrundlagen im Zusammenhang mit einem elektronischen Austausch von Patientendaten genannt und die fehlende Finanzierung von damit im Zusammenhang stehenden Leistungen. Weitere Themen waren ein einheitliches Rollen- und Rechtekonzept für den Raum Zürich und die Möglichkeit, kompetente Beratung in Fragen der notwendigen Technologie und der damit im Zusammenhang stehen Investitionssicherheit.

Alle diese Themen finden sich auch im „eHealth Barometer“ wieder (vgl. Abbildung 12 und 13).

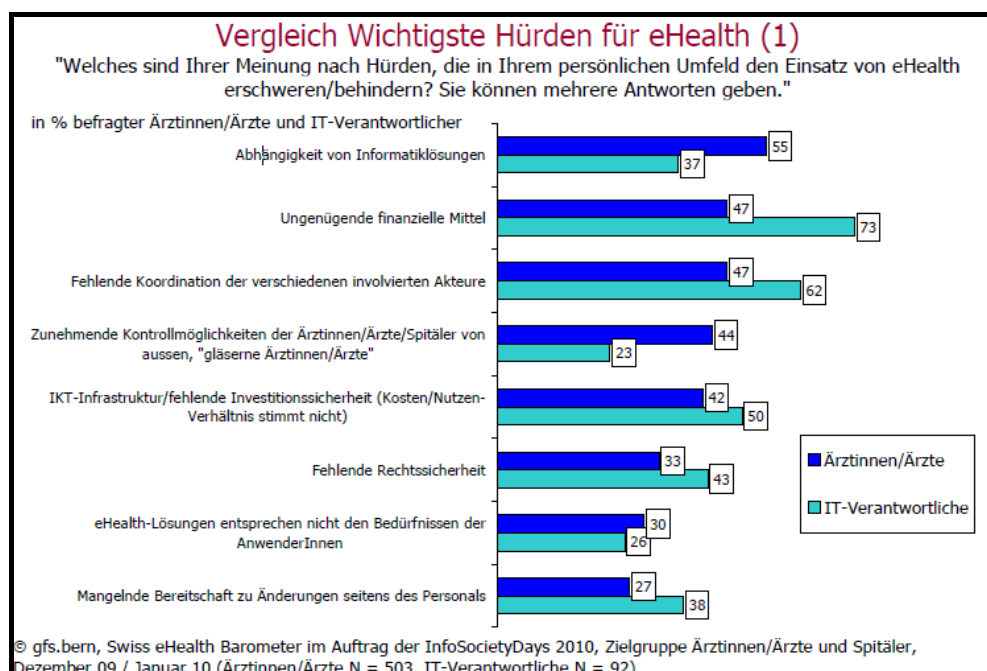


Abbildung 12: Hürden für eHealth (1)⁷.

⁷ Swiss eHealth Barometer: Skepsis gegenüber schwacher gemeinsamer Grundlage von eHealth. gfs.bern 2010

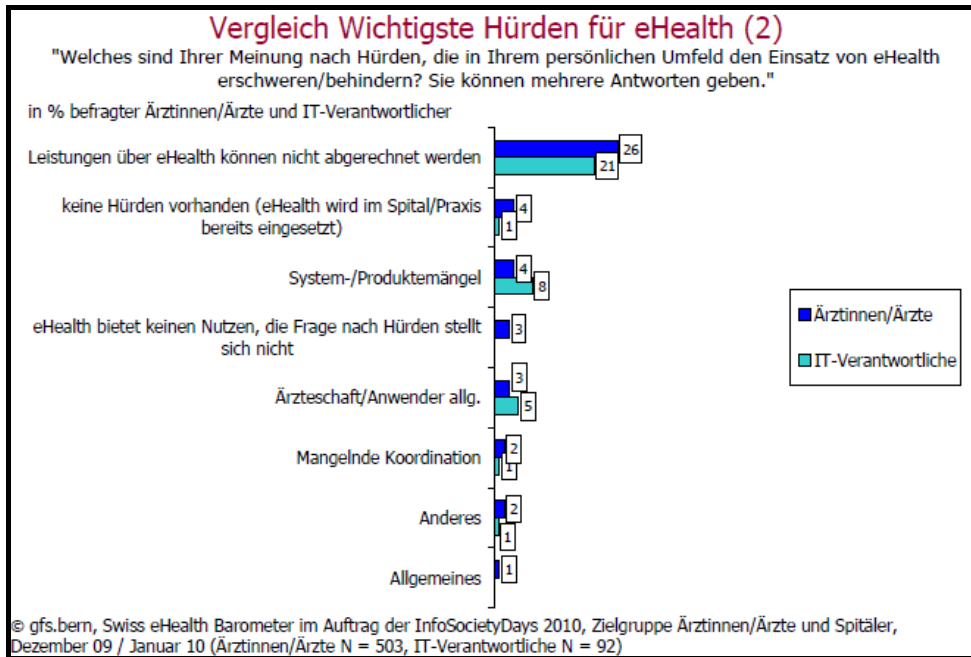


Abbildung 13: Hürden für eHealth (2)⁷.

Die Ausrichtung der in den Interviews identifizierten grundlegenden Handlungsfelder orientiert sich an den zwischen Bund und Kantonen abgestimmten Empfehlungen zur Implementierung von eHealth Projekten. Wie in Abbildung 14 dargestellt, basieren sie auf den Basiskomponenten, die in dem Teilprojekt „Standards und Architektur“ des Koordinationsorgans eHealth empfohlen werden.

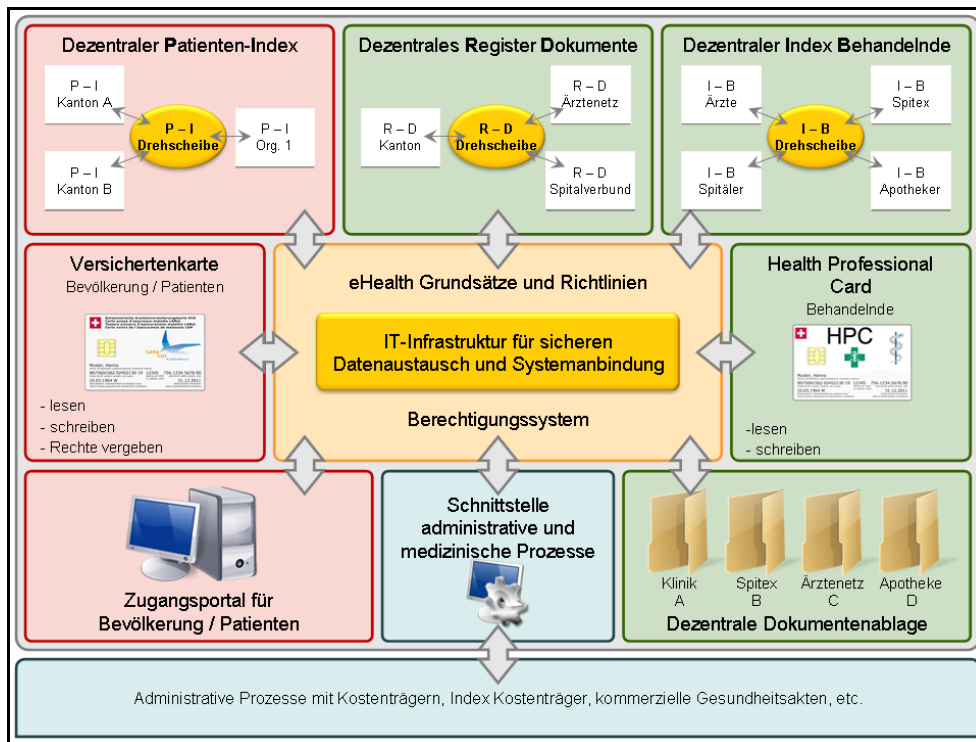


Abbildung 14: Basiskomponenten der Architektur „eHealth Schweiz“⁸.

⁸ eHealth Schweiz Empfehlungen der Teilprojekte (20. August 2009)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die durch die Interviews identifizierten prozessorientierten und grundlegenden Handlungsfelder kongruent zu verschiedenen nationalen Erfahrungen und Publikationen sind.

5.4 Zusammenfassung der Handlungsfelder

Die in den Abschnitten 5.1 und 5.2 identifizierten erfolgversprechenden Handlungsfelder und deren Projekte wurden in verschiedenen Workshops zusammen mit Vertretern des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich analysiert und in Bezug zur Strategie und den derzeit anstehenden Projekten gebracht. Im Detail haben sich in den Diskussionen folgende Themen herauskristallisiert:

Projekte im prozessorientierten Handlungsfeld „Einrichtungsübergreifende Behandlung“:

- Erweiterte Stammdaten
- eKoGu
- Notfall
- Anforderung von Diagnostik
- Netzakte

Projekte im prozessorientierten Handlungsfeld „Übertrittsmanagement“:

- Erweiterte Stammdaten
- Austrittsmanagement
- Eintrittsmanagement

Projekte im grundlegenden Handlungsfeld „Identitätsservices“:

- Rechte- und Rollenkonzepte
- Identity- und Accessmanagement

Projekte im grundlegenden Handlungsfeld „eHealth Project Office“:

- Gründung eines eHealth Project Office ZH
- Partnerbetreuung
- Technologie Evaluation

zu behandelnde Themen im Bereich der Rahmenbedingungen:

- eHealth Strategie Zürich
- Finanzierung / Businessplan
- Verbindliche Rechts-, Prozess- und Technologiedefinitionen

6 Empfehlung für die nächsten Schritte

In einem ersten Schritt sollte der Bedarf in der Stadt Zürich an Koordination und professionellem Projektmanagement für eHealth Projekte in einem eHealth Project Office gedeckt werden. Dazu ist vorgängig eine Rollenklärung zwischen Stadt und Kanton notwendig. Im Rahmen dieser Rollenklärung muss ein Vorschlag erarbeitet werden, der eine klare Aufgaben- und Verantwortungsdelegation an ein eHealth Project Office beinhaltet und der mit allen interessierten Partnern abgestimmt werden kann.

Grundlegende Aufgaben, die von oder in Zusammenarbeit mit einem eHealth Project Office unabdingbar erbracht werden müssen, können aus den Interviews abgeleitet werden:

- Gesamtprojektleitung, professionelles Projektmanagement für Projekte in den definierten Handlungsfeldern und Unterstützung von Organisationsentwicklung.
- Aktives Lobbying für das Thema und Kommunikation mit allen Partnern, insbesondere der konsequente Einbezug der niedergelassenen Ärzte.⁹
- Kosten-/Nutzen-Analysen für geplante Projekte sowie Unterstützung für die dazu nötige Businessplanung für die prozessorientierten Handlungsfelder.
- Sicherung der Finanzierung für die Handlungsfelder.
- Klärung von Rechtsfragen, insbesondere im Bereich Datenschutz.
- Definition eines gemeinsamen Prozessverständnisses aller beteiligten Einrichtungen.
- Architektur- und Technologie-Evaluationen (z. B. für Versichertenkarte, HPC (Health Professional Card), elektronischen Identitätsnachweis (SuisselD), MPI (Master Patient Index), Portale, elektronische Krankenakten), Abstimmung mit bestehenden standardisierenden Vorgaben sowie Unterstützung bei der Beschaffung entsprechender Komponenten.

⁹ Die niedergelassenen Ärzte werden an dieser Stelle explizit erwähnt, da sie eine tragende Rolle im Behandlungsprozess einnehmen, aber noch nicht standardisiert mit IT ausgerüstet sind.

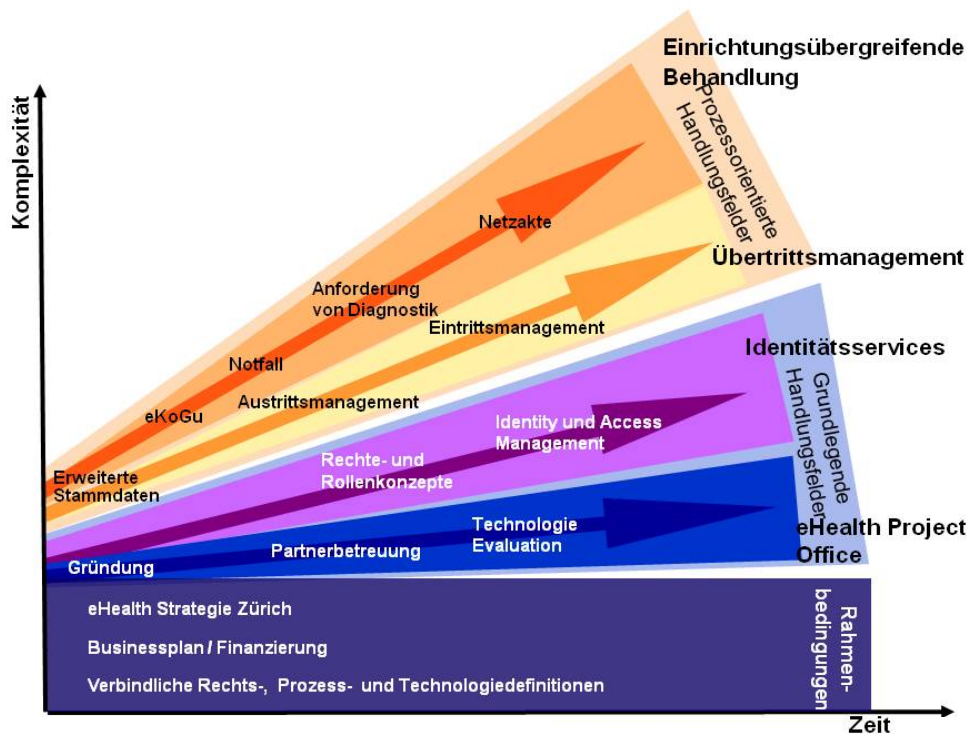


Abbildung 15: Empfehlungen für nächste Schritte.

Parallel zur Definition und Etablierung eines eHealth Project Office können bereits konkrete Projekte mit kurzem und mittelfristigem Zeithorizont in den identifizierten Handlungsfeldern umgesetzt werden.

Projekte in den grundlegenden Handlungsfeldern sollen übergreifende, standardisierende Dienstleistungen ermöglichen. Eine Definition der Stammdaten, Erarbeiten eines Rechte- und Rollenkonzeptes für ein sicheres, datenschutzrechtlich konsistentes Identitäts- und Zugriffsmanagement und dessen Umsetzung soll entsprechend der strategischen Ausrichtung im Sinne von Identitätsservices prioritär angegangen werden, da diese die Grundlagen für alle prozessorientierten Handlungsfelder bilden.

In den prozessorientierten Handlungsfeldern sollte mindestens ein Projekt zwischen mindestens zwei Einrichtungen, welche miteinander elektronisch kommunizieren möchten, gestartet werden.


Eine Umsetzung des Ein- und Austrittsmanagement wurden von verschiedenen Institutionen als nutzbringend und entsprechend hoch priorisiert. Als zusätzlicher Vorteil kann auf bestehenden Projekten und Prozessdefinitionen (wie Spitex-Spitin, Spitexpress, Portalprojekte der Stadtspitäler) aufgesetzt werden. Diese Tendenz wird zusätzlich durch die Einführung einer schweizweiten Fallpauschale (Swiss DRG) forciert.

Vorraussetzung hierfür ist aber, dass diese Einrichtungen seitens der IT dafür bereit sind (IT-Readiness) und, um ein gemeinsames Projekt zeitnah durchführen zu können, über die notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen verfügen, bzw. diese zur Verfügung stellen können.

7 Priorisierung nächster Schritte durch das Gesundheits- und Umweltdepartement

Die nachfolgende Zusammenstellung gibt zu den in Abbildung 15 dargestellten Empfehlungen für die nächsten Schritte grobe Anhaltspunkte, was in den einzelnen Projekten und Themenfeldern als nächstes zu tun ist.

Um die beschränkten Ressourcen des Gesundheits- und Umweltdepartements gezielt einsetzen zu können und da die vorliegende Evaluation interessierter Partner gezeigt hat, dass nicht alle Themen auf gleich hohes Potential für eine erfolgversprechende Umsetzung zählen können, ist eine Priorisierung der nächsten Schritte für das Gesundheits- und Umweltdepartement unabdingbar.

Die in den folgenden Darstellungen mit einem  gekennzeichneten Projekte und Themen will das Gesundheits- und Umweltdepartement in erster Priorität in den kommenden Monaten anpacken und vorantreiben.

Prozessorientierte Handlungsfelder

Einrichtungsübergreifende Behandlung

Erweiterte Stammdaten

- Definition eines Minimal Datasets für Patienten mit den relevanten Partner-Einrichtungen
- Zustimmung der Partner-Einrichtungen zur Verwendung des Minimal Datasets

eKogu

- Unterstützung / Koordination auf Anfrage von interessierten Partner-Einrichtungen

Notfall

- Unterstützung / Koordination auf Anfrage von interessierten Partner-Einrichtungen

Anforderung von Diagnostik

- Koordination auf Anfrage von interessierten Partner-Einrichtungen

Netzakte

- Erarbeitung einer gemeinsamen Zielvorstellung mit den interessierten Partner-Einrichtungen
- Vernehmlassung und Zustimmung der Partner-Einrichtungen zum gemeinsamen Ziel
- Evaluation einer Lösung mit interessierten Partner-Einrichtungen
- Bereitstellung entsprechender Angebote für die Partner-Einrichtungen

Abbildung 16: Nächste Schritte und Priorität für das Gesundheits- und Umweltdepartement im prozessorientierten Handlungsfeld Einrichtungsübergreifende Behandlung.

Prozessorientierte Handlungsfelder

Übertrittsmanagement

Erweiterte Stammdaten

- Definition eines Minimal Datasets für Patienten mit den relevanten Partner-Einrichtungen
- Zustimmung der Partner-Einrichtungen zur Verwendung des Minimal Datasets

Ein- und Austrittsmanagement

- Definition / Koordination der bestehenden Initiativen zur Klärung spezifischer Ein- und Austrittsprozesse mit den beteiligten Partner-Einrichtungen unter Berücksichtigung der Ziele der identifizierten Handlungsfelder
- Bereitstellung entsprechender Angebote und Empfehlungen für Partner-Einrichtungen zur elektronischen Unterstützung von Ein- und Austrittsprozessen in der eigenen Einrichtung

Abbildung 17: Nächste Schritte und Priorität für das Gesundheits- und Umweltdepartement im prozessorientierten Handlungsfeld Übertrittsmanagement

Grundlegende Handlungsfelder

Identitätsservices

Rechte- und Rollenkonzepte

- Erarbeitung eines Rechte- und Rollen-Konzeptes z.H. der Partner-Einrichtungen
- Zustimmung der Partner-Einrichtungen zum Einsatz eines gemeinsamen Rechte- und Rollen-Konzeptes
- Klärung des Datenschutzes und der Datensicherheit
- Sicherstellung eines entsprechenden Angebotes für Partner-Einrichtungen

Identity und Access Management

- Klärung des Identity und Access Managements für die Partner-Einrichtungen im Raum Zürich
- Sicherstellung eines entsprechenden Angebotes für Partner-Einrichtungen

Abbildung 18: Nächste Schritte für das Gesundheits- und Umweltschutzdepartement im grundlegenden Handlungsfeld Identitätsservices.

Grundlegende Handlungsfelder

eHealth Project Office

Gründung

- Erarbeitung eines Vorschlags für die Gründung eines eHealth Project Office ZH unter Einbezug der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und weiterer Interessierter Partner-Einrichtungen.
- Vernehmlassung bei allen am elektronischen Austausch von Patientendaten im Raum Zürich interessierten Partner-Einrichtungen
- Gemeinsame, partnerschaftliche Gründungsveranstaltung

Partnerbetreuung

- Ausarbeitung eines Konzeptes zur Partnerbetreuung
- Organisation von Partnerveranstaltungen
- aktives Lobbying für das Project Office ZH als Drehscheibe
- Gewinnung von Partner-Einrichtungen

Technologie Evaluationen

- Organisation/Koordination des fachlich angemessenen Know-Hows für Technologie Evaluationen
- Gewährleisten der Investitionssicherheit von Technologie-Entscheiden unter Berücksichtigung der Ziele der erfolgversprechenden Handlungsfelder

Abbildung 19: Nächste Schritte und Priorität für das Gesundheits- und Umweltdepartement im grundlegenden Handlungsfeld eHealth Project Office.

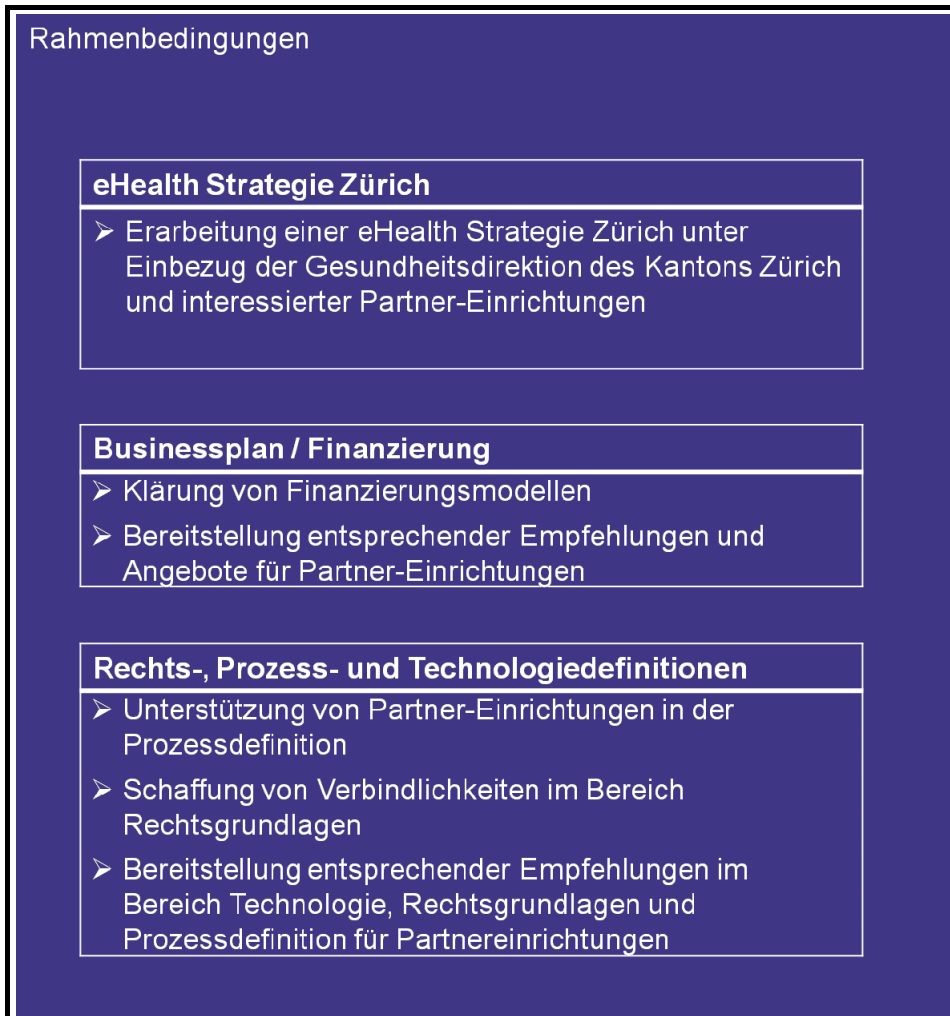


Abbildung 20: Nächste Schritte für das Gesundheits- und Umweltdepartement im Bereich der Rahmenbedingungen.

Auf Basis von geklärten Rahmenbedingungen können Projekte aus den grundlegenden Handlungsfeldern und aus den prozessorientierten Handlungsfeldern parallel gestartet und verfolgt werden.

8 Anhang

8.1 Interviewte Einrichtungen und Personen

Einrichtung	Interviewteilnehmer
AerzteGesellschaft des Kantons Zürich (AGZ)	Dr. med. Josef Widler, Allgemein Medizin FMH, Vorstandsmitglied AGZ, Ressort: Freie Praxis 1)
Altersheime der Stadt Zürich (AHZ)	Barbara Hohmann Beck (Vizedirektorin) Ursi Rossi (Bereichsleitung Informatik) Patricia Infanger (Stabsstelle Betreuung & Pflege)
Klinik Hirslanden	Christian Studer (Leiter ICT-Services) Dr. med. Stephan Pahls (Leiter Unternehmensentwicklung)
Pflegezentren der Stadt Zürich	Regula Pfenninger (Mitglied Geschäftsleitung) Bruno Hepp (Leitung EDV Projekte und Applikationen) Dr. med. Ulrich Erlinger (Stv. Direktor Stadtärztlicher Dienst Zürich (SAD))
Psychiatrische Universitätsklinik (PUK)	Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff (Stv. Klinikdirektor Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie Zürich West) Robert Svendsen (Leiter Informatik) Niklaus Baumgartner (Stv. Spitaldirektor / Leiter Verwaltung)
RehaClinic Zurzach	Margot Meyer (COO, Mitglied Direktion) Pascal Fraenkler (Leiter Betriebswirtschaft und Infrastruktur, Mitglied Direktion) Martin Restle (Leiter Informatik)
Schutz und Rettung Zürich (SRZ)	Rudolf Krauer (Direktor) Reto Trottmann (Abteilungsleiter Einsatzleitzentrale) Dr. med. Stefan Müller (Ärztliche Leitung)
Spital Zollikerberg	Dr. Orsola Vettori (Direktorin) Norbert Busch (Leiter IT)
Spitex Zürich Limmat	Christina Brunnschweiler (Geschäftsleitung)
Spitex Zürich Sihl	Hans Petter Storskogen (Geschäftsleitung)

Einrichtung	Interviewteilnehmer
Städtische Gesundheitsdienste (SGD)	Renate Monego (Direktorin) Daniel Suter (Leiter Finanzen und Controlling) Urs Vontobel (Leiter Suchtbehandlung Frankental) Susan Riester (Leiterin Medizinisch-soziale Dienste) Harald Schmid (Leiter Krankenversicherung und Leiter Organisation und Informatik)
Stadtpital Triemli (STZ)	Dr. iur. Erwin Carigiet (Spitaldirektor) S. Wilhelm (Controlling) Prof. Dr. Andreas Zollinger (Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin) Prof. Dr. med. Dominik Weishaupt (Chefarzt, Institut für Radiologie) Dr. Alfred Jarosch (Projektleiter, Bereich Informatik) Karsten Hopbach (BScN, RN, Leiter Pflege Departement Innere Medizin und Spezialdisziplinen) Roland Lukas (Leiter Sozialdienst)
Stadtpital Waid (SWZ)	Lukas S. Furler (Leiter Pflegebereich und Vizedirektor) Dr. Stefan Christen (Leitender Arzt Kardiologie) Hans-Peter Gerber (Leiter Informatik)
UniversitätsSpital Zürich	Dr. Jürgen M. Müller (Direktor ICT, Mitglied der Spitalleitung)
Verein Hausärzte Stadt Zürich (VHZ)	med.pract. Thomas Ermatinger
Zürcher Höhenkliniken Wald und Davos	Dr. med. Thomas Kehl, (Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie, Vorsitzender der Geschäftsleitung)

8.2 Fragebogen und Interviewleitfaden (s. folgende Seiten)

Als Vorinformation zum geplanten Interview stellen wir Ihnen bereits heute den Fragebogen zu, um Ihnen einen Eindruck zu geben, welche Inhalte im Interview aus unserer Sicht thematisiert werden sollen.

Das Ziel der Interviews ist es, im Umfeld von eHealth Handlungsfelder und deren Aufwand–Nutzen-Relation zu identifizieren, um diese in Nachfolgeprojekten umzusetzen.

Ein erfolgversprechendes Handlungsfeld im Rahmen des Gesundheitsnetzes 2025 stellt einen IT-gestützten Prozess dar, der bei erfolgreicher Implementierung einen Mehrwert im Sinne von Qualitätsverbesserung, Komfort und Sicherheit für den Patienten/die Patientin oder Kosteneinsparungen ermöglicht.

Im Interview möchten wir uns mit Ihnen in die nahe Zukunft versetzen und dabei verschiedene Ebenen zueinander in Beziehung setzen und mit Ihnen Kontexte, Prozesse, Kooperationsinteressen sowie technische und regulative Rahmenbedingungen besprechen.

Der Fragebogen ist in zwei Teile gegliedert: Der erste Teil dient der Vorbereitung und der zweite Teil enthält das eigentliche Interview. **Wir bitten Sie, den ersten Teil bereits vor dem Interviewtermin auszufüllen und an uns zurückzusenden.** Gerne werden wir Sie bei der Beantwortung unterstützen. Wir werden Sie vorab anrufen, um mögliche Fragen beantworten und/oder Unklarheiten klären zu können.

Die einleitenden Fragen (1.1 bis 1.5) dienen dazu, die derzeitige Situation bezüglich der elektronischen Datenerfassung und einem vielleicht heute schon stattfindenden elektronischen Datenaustausch darzustellen. Falls wir mit Ihnen diese Analyse in der Vorbereitungsphase zum Projekt EAP bereits durchgeführt haben, bitten wir Sie zu prüfen, inwieweit Ihre damaligen Antworten noch aktuell sind und sie gegebenenfalls zu aktualisieren. Das Protokoll der Analyse liegt in diesem Fall bei.

Die Fragen 2.1 bis 2.4 dienen dazu, den Kontext zu bestimmen und Prozesse zu definieren, in denen ein elektronischer Austausch von Patientendaten einen Nutzen in der Gesundheitsversorgung der Stadt Zürich bringen kann.

In der letzten vorbereitenden Frage (2.5) sollten die bisherigen, priorisierten Antworten in einer Art Synthese reflektiert und Anwendungsszenarien als Diskussionsgrundlage abgeleitet werden.

Basierend auf den Antworten zur Frage 2.5 möchten wir den Schwerpunkt des Interviews (Fragen 3.1 bis 4.5) darauf legen, mögliche Anwendungsgebiete und Szenarien näher zu definieren. Zudem möchten wir gerne mit Ihnen im Gespräch erarbeiten, wo Hürden und Hemmnisse liegen und was notwendig ist, um die angesprochenen Kontexte und Prozesse in naher Zukunft nutzbringend digital umsetzen zu können.

Besten Dank für Ihre Bemühungen und Unterstützung.



Gesundheitsnetz 2025 Projekt „Elektronischer Austausch von Patientendaten“

1. Teil: Vorbereitung für das Interview

(Gerne vereinbaren wir mit ihnen einen Termin, um Unklarheiten in Bezug auf den Fragebogen zu klären).

Ihre heutige Situation (elektronische Datenerfassung und Datenaustausch)

1.1 Welche Daten werden heute elektronisch erfasst?

1.2 Bestehen Pläne zur (vollständigen) Erfassung? Welche?

1.3 Werden Patientendaten heute elektronisch ausgetauscht? Wenn ja, welche und mit welcher Einrichtung?

1.4 Mit welchen Systemen / auf welchen Plattformen werden Daten ausgetauscht und in welchem Format?

1.5 Welche Projekte sind im Bereich Austausch von Patientendaten angedacht oder in der Umsetzung?

Gesundheitsnetz 2025 Projekt „Elektronischer Austausch von Patientendaten“

Kontext und Prozesse im elektronischen Datenaustausch mit anderen Einrichtungen und deren potentieller Nutzen

2.1 In welchem Zusammenhang sehen Sie das Nutzenpotential für einen elektronischen Datenaustausch mit anderen Einrichtungen?

	Kontext	ja	eventuell	nein	nicht anwend- bar/ weiss nicht	Anmerkungen / Inhalte (z. B. Beschreibung des spezifischen Kontextes in Ihrer Einrichtung)	Prio (1-3) (1 = gröss- ter Nutzen)
K1	Notfall- und Rettungssituation (z.B. Zugang zu Vorbefunden wie EKG oder Medikation bei der Abklärung eines kardiologischen Notfalls)						
K2	Diagnostik (z.B. Anforderung von Labor- oder bildgebenden Untersuchungen mit besonderen Fragestellungen)						
K3	Ambulante Mit- / Weiterbehandlung (z.B. Zuweisung zum Spezialisten zur Diabeteseinstellung bei einem multimorbiden Patienten)						
K4	Stationäre (Weiter)Behandlung (z.B. Überweisung zur Nachbetreuung in einer Rehaklinik nach chirurgischem Eingriff)						
K5	Anfrage einer Erst- / Zweitmeinung (z.B. bei Hinzuzug eines externen Onkologen)						
K6	Zuweisung zu einer Dienstleistung/Betreuung (z.B. Zuweisung zu betreutem Wohnen oder Spitex)						
K7	anderer Kontext						



Gesundheitsnetz 2025 Projekt „Elektronischer Austausch von Patientendaten“

2.2 Welches sind die Prozesse, in denen ein elektronischer Datenaustausch nutzbringend ist?

2.2.1 Prozesse im vorwiegend medizinischen Kontext

	Prozess	ja	eventuell	nein	nicht anwend- bar/ weiss nicht	Anmerkungen / Inhalte (z. B. Beschreibung des spezifischen Prozesses in Ihrer Einrichtung)	Prio (1-3) (1 = gröss- ter Nutzen)
P1	Überweisung / Zuweisung / Verlegung nach extern						
P2	Terminvereinbarung (Anfrage/ Anmeldung / Bestätigung)						
P3	Bestellen von Dokumentation(en) (z.B. Medikationsliste)						
P4	Versand / Verteilen von Dokumentation(en)						
P5	anderer Prozess						



Gesundheitsnetz 2025 Projekt „Elektronischer Austausch von Patientendaten“

2.2.2 Prozesse im vorwiegend administrativen Kontext

	Prozess	ja	eventuell	nein	nicht anwend- bar/ weiss nicht	Anmerkungen / Inhalte (z. B. Beschreibung des spezifischen Prozesses in Ihrer Einrichtung)	Prio (1-3) (1 = gröss- ter Nutzen)
P6	(Vor)Anmeldung / Voraufnahme						
P7	Abrechnung (z.B. Fakturierung/Nachfakturierung von medizini- schen Leistungen)						
P8	Verrechnung von externen Leistungen (z.B. im Rahmen von Kooperationsverträgen)						
P9	Kostengutsprache						
P10	Anfragen / Erhalten einer Leistungsstatistik (z.B. Feedback vom Versicherung über verrechnete Leistungen)						
P11	anderer Prozess						

Gesundheitsnetz 2025 Projekt „Elektronischer Austausch von Patientendaten“

2.3 Teilnehmende Partnerinstitutionen und Richtung des Datenaustausches in den beschriebenen Prozessen

In den vorhergehenden Fragen haben Sie Prozesse definiert, die im Zusammenhang mit einem elektronischen Datenaustausch relevant sind. Bitte geben Sie nun für dieselben Prozesse an, mit welchen Institutionen die Daten ausgetauscht werden (sollen) und ob Sie in diesem Zusammenhang Daten senden und/oder empfangen (Spalte „s“ = senden, Spalte „e“ = empfangen).

	Prozess	Patient		Spital		Spitex		Rehabilita- tionsein- richtung		Alters- heim / betreutes Wohnen		Pflegeein- richtung		Niederge- lassener Arzt		Vertrau- ensarzt		Versiche- rung		Andere (1)		
		s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	s	e	
	senden / empfangen																					
P1	Überweisung / Zuweisung / Verle- gung nach extern																					
P2	Terminvereinbarung																					
P3/P4	Bestellen / versenden / verteilen von Dokumentation(en)																					
P6	(Vor)Anmeldung / Voraufnahme																					
P7	Abrechnung																					
P8	Verrechnung von externen Leistun- gen																					
P9	Kostengutsprache																					
P10	Leistungsstatistik																					
P5/11	anderer Prozess																					

(1) Gesundheitsdirektion, Gutachter, Amt



Gesundheitsnetz 2025 Projekt „Elektronischer Austausch von Patientendaten“

2.4 Welche Arten von Daten sollen elektronisch ausgetauscht werden?

2.4.1 medizinische Daten

	Daten	ja	eventuell	nein	nicht anwend- bar/ weiss nicht	Anmerkungen / Inhalte (z. B. Beschreibung des spezifischen Dateninhalts in Ihrer Einrichtung)	Prio (1-3) (1 = gröss- ter Nutzen)
D1	(Kurz)Austrittsbericht / Summary (kann Dateninhalte von D5-D11 enthalten)						
D2	Pflegedokumentation (kann Dateninhalte von D5-D11 enthalten)						
D3	OP Bericht (kann Dateninhalte von D5-D11 enthalten)						
D4	Gutachten (kann Dateninhalte von D5-D11 enthalten)						
D5	Diagnoseliste / Allergien						
D6	Medikamentenliste (Verordnung)						
D7	Befund						
D8	Labordaten						
D9	DICOM / non DICOM / Filme						
D10	Therapiedaten						
D11	andere Daten						

Gesundheitsnetz 2025 Projekt „Elektronischer Austausch von Patientendaten“

2.4.2 administrative Daten

	Daten	ja	eventuell	nein	nicht anwend- bar/ weiss nicht	Anmerkungen / Inhalte (z. B. Beschreibung des spezifischen Dateninhalte in Ihrer Einrichtung)	Prio (1-3) (1 = gröss- ter Nutzen)
D12	Stammdaten						
D13	Leistungsdaten / Rechnungspositionen						
D14	andere Daten						

2.5 Wahl von interessanten Szenarien (bitte zum Interviewtermin ebenfalls mitbringen)

Bitte ziehen Sie aus den oben ausgewählten und priorisierten Kontexten, Prozessen und Daten die drei Szenarien zusammen, die Ihrer Ansicht nach den meisten Nutzen bringen und geben Sie für diese Szenarien eine kurze Beschreibung.

	Kontext (K1-K7)	Prozess (e) (P1-P11)	Daten (D1-D13)	Beschreibung des Szenarios Anmerkungen / (z. B. Beschreibung des spezifischen Dateninhalte in Ihrer Einrichtung)	Inhalte
S1					
S2					
S3					

Gesundheitsnetz 2025 Projekt „Elektronischer Austausch von Patientendaten“

Bemerkungen / Notizen

Datum:

Ort:

Interviewpartner / Einrichtung / Funktion:

Verfasser:

Bitte diesen ersten Teil des Interviews bis spätestens zwei Tage vor dem vereinbarten Gesprächstermin an uns zurücksenden:

Gesundheits- und Umweltdepartement, Michael Allgäuer oder Sandra Graf, Walchestr. 31, Postfach 3251, 8021 Zürich

(michael.allgauer@zuerich.ch bzw. sandra.graf@zuerich.ch)



Gesundheitsnetz 2025 Projekt „Elektronischer Austausch von Patientendaten“

2. Teil: Interview

Diskussion möglicher Szenarien anhand der im ersten Teil des Fragebogens ausgewählten Szenarien (Frage 2.5)

(muss nicht ein zweites Mal ausgefüllt werden)

	Kontext (K1-K7)	Prozess(e) (P1-P11)	Daten (D1-D13)	Diskussion des Szenarios
S1				
S2				
S3				

Bemerkungen



Gesundheitsnetz 2025 Projekt „Elektronischer Austausch von Patientendaten“

Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

3.1 Bitte geben Sie für jedes der oben genannten Szenarien an, welcher Nutzen durch den elektronischen Datenaustausch mit einem anderen Leistungserbringer in naher Zukunft erzielt werden kann für

a) Ihre eigene Einrichtung?

S1	S2	S3

b) den Patienten bzw. die Behandlungskette?

S1	S2	S3

c) die Kostenträger, dazu zählen die Krankenkassen, der Bund / Kanton aber auch der Patient (Selbstbehalt / Selbstzahler)

S1	S2	S3



Gesundheitsnetz 2025 Projekt „Elektronischer Austausch von Patientendaten“

3.2 Bitte geben Sie für jedes der oben priorisierten Szenarien an, welche externen Faktoren in naher Zukunft erfolgen / bereit gestellt werden müssen, damit die oben genannten Szenarien digitalisiert und die Daten elektronisch ausgetauscht werden können?

Wo sind die Hürden und Hemmnisse (interne und externe), was ist bereits gelöst und was erwarten Sie von einem externen Partner?

S1	
Welche externen Faktoren werden benötigt?	
Wo liegen die Hürden / Hemmnisse?	
Was ist bereits gelöst	
Was ist Ihre Erwartung an einen externen Partner?	



Gesundheitsnetz 2025 Projekt „Elektronischer Austausch von Patientendaten“

S2	
Welche externen Faktoren werden benötigt?	
Wo liegen die Hürden / Hemmnisse?	
Was ist bereits gelöst	
Was ist Ihre Erwartung an einen externen Partner?	

S3	
Welche externen Faktoren werden benötigt?	
Wo liegen die Hürden / Hemmnisse?	
Was ist bereits gelöst	
Was ist Ihre Erwartung an einen externen Partner?	



Gesundheitsnetz 2025 Projekt „Elektronischer Austausch von Patientendaten“

Diskussion von Lösungsansätzen

4.1 Auf welche Art und Weise soll der Datenaustausch mittelfristig erfolgen, bzw. in welcher Form sollen Patientendossiers bewirtschaftet werden?

4.2 In welchen Formaten (Bsp: Word, pdf, xml, CDA, HL7, IHE, etc.) sollen strukturierte bzw. unstrukturierte Daten mit anderen Einrichtungen ausgetauscht werden (Standardisierung)?

Mit welchen Datenformaten haben sie schon positive und / oder negative Erfahrungen gemacht? In welchem Umfeld?

4.3 Wo sehen Sie Möglichkeiten, technische Infrastruktur gemeinsam zu nutzen? Wenn ja, welche? Wenn nein, welche auf keinen Fall?



Gesundheitsnetz 2025 Projekt „Elektronischer Austausch von Patientendaten“

4.4 Mit welchen allgemeinen Widerständen, Chancen und Risiken kann / muss gerechnet werden?

4.5 Was sind Ihre Erwartungen für den weiteren Verlauf des Projektes EAP, an das Gesundheitsnetz 2025 und an das GUD und welchen Beitrag könnten Sie sich für Ihre Einrichtung vorstellen?

Datum:

Ort:

Interviewpartner / Einrichtung / Funktion:

Verfasser:



All hardware and software names used are brand names and/or trademarks of their respective holders.

© Siemens AG, 2010.

Siemens Aktiengesellschaft
Siemens IT Solutions and Services
Freilagerstrasse 40
8047 Zürich