

Die vernetzte Krankengeschichte¹

von Tobias Eichenberger und Andreas Manz

Im Netzwerk Oberbaselbiet diskutieren wir in loser Form Themen der Gesundheitspolitik und -versorgung. Die vernetzte Krankengeschichte ist eines dieser Themen. Wir sind in erster Linie über unsere e-mail-Adressen vernetzt. Gelegentlich treffen wir uns physisch. So letztthin auf dem Leuenberg.

Einleitung und Lesehilfen

Das nachfolgende Papier kann/muss sich weiterentwickeln. An der Ausarbeitung können sich beliebig viele Autoren beteiligen. Welche Anregungen in den konkreten Text aufgenommen und welche ‚bloss‘ im Anhang A aufgenommen oder gänzlich fallen gelassen werden, entschieden bisher Tobias Eichenberger und Andreas Manz, aber auch dies kann sich ändern. Das Projekt ist ein fließendes und soll erst später reduziert und zu einem von Vielen absegneten Konzept werden. Das angestrebte Versorgungskonzept steht nicht isoliert in der gesundheitspolitischen Landschaft. Wir wollen damit aufzeigen, dass man auch mit sinnvollen Konzepten Veränderungen herbei führen kann, die das Gesundheitswesen verbessert und die gewünschten finanziellen Optimierungen möglich machen. Das sich entwickelnde Konzept ist also auch eine Antwort der baselbieter Ärzteschaft auf die hektischen und etwas kopflos anmutenden Eingriffe in unsere gesundheitspolitische Ordnungen (dreijähriges Verbot neuer Arztpraxen, Aufhebung Kontraktionszwang). In einem zusätzlichen Papier nehmen wir Stellung zu solchen Plänen, die wir als ungeeignet zurückweisen. Dies kann im Papier ‚Die Gesundheitspolitischen Massnahmen‘ nachgelesen werden. (Auch dieses Papier ist zur Weiterentwicklung wärmstens empfohlen.) Mit diesem Papier soll gezeigt werden, wie es sinnvoller weise gehen könnte, die Ausgaben für ambulante Behandlungen zu optimieren.

- Im Anhang A sind die uns bisher zugeflossenen Meinungen und Stellungnahmen aufgenommen.
- Im Anhang C sammeln wir e-mail-Adressen von Kollegen, die an Netzwerk interessiert sind.

1. Ausgangslage

Die Kostenspirale im Gesundheitswesen und verschiedene, z.T. als Verzweiflungstaten anmutende, unser qualitativ hochstehendes ambulantes Gesundheitssystem bedrohende Vorschläge, zwingen, eigene Strukturverbesserungsvorschläge einzubringen, die einerseits mithelfen, Kosten zu sparen, andererseits das qualitativ hochstehende Gesundheitswesen nicht zu behindern, sondern womöglich noch weiter zu verbessern. Das eine Ziel, die Senkung der Kostensteigerung, ist klar formulierbar. Die zweite Forderung der Verbesserung unseres Versorgungssystems greift einen alten „Zopf“ auf, dessen Beseitigung so alt ist wie das Wort „Zusammenarbeit“, deren Umsetzung bisher besonders schwierig erschien. Es geht hier um Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen bei der Behandlung von komplexen Krankheiten/Patienten/Situationen.

Es soll nun der Versuch gemacht werden, die beiden obigen Ziele mit der Definierung eines konkreten Netzwerkes zu erfüllen. Dabei soll die Erfahrung aus den vorhandenen (bisher zweidimensionalen) Hausarztmodellen einfließen.

¹ Diesen Entwurf vom 26.7.02 habe ich gemeinsam mit Dr. Thobias Eichenberger, Urologe in Liestal, verfasst. Im Anhang A haben sich viele Kollegen in die Diskussion miteingeschaltet.

2. Problemstellung

Viele Faktoren sind für die starke Kostensteigerung im Gesundheitswesen verantwortlich. Wenn es uns gelingt, einige Faktoren zu beheben, die einerseits zum Nachteil des Patienten sind, andererseits die Kosten unnötig belasten, haben wir einen wichtigen Schritt getan. Wir meinen, dass vorhandene Doppelspurigkeiten in Diagnostik und Therapie, eine irrationale Behandlungsvielfalt und eine nicht immer optimale Kommunikation unter den Behandelnden wesentliche Faktoren in der Belastung des Patienten **und** der Kosten darstellen. Wenn es uns gelingt, mit einem gut definierten Netzwerk solche Doppelspurigkeiten zu minimieren, haben wir vermutlich am Schluss besser behandelte Patienten, zufriedener Behandelnde und niedrigere Kosten.

3. Ziele

- Die Zusammenarbeit aller an einem komplexen Krankheitsgeschehen beteiligten Grundversorger und Spezialisten hat sich mit der Einführung einer vernetzten Krankengeschichte gegenüber heute deutlich verbessert.
- Doppelspurigkeiten sind kleiner geworden.
- Indirekt haben sich die Behandlungskosten gesenkt.

4. Lösungswege

Nach eingehender Prüfung sind wir zur Meinung gelangt, dass nur eine gemeinsame Krankengeschichte obige Ziele erfüllen kann. Verschiedene differenzierte und oft auch komplizierte Zuweisungs- und Kommunikationswege unter den einzelnen Grundversorgern und Spezialisten sind durchaus notwendig. Gemeinsame Qualitätszirkel sind fachlich sinnvoll und für die Zusammenarbeit sehr hilfreich. Einzig aber eine gemeinsame Krankengeschichte pro komplexen Patienten hat das Potential, dass jeder an der Behandlung der Krankheit/des Kranken Beteiligte sofort sehen kann, was ein anderer an diesem gleichen Patienten bereits gemacht hat. Nur so ist er über die Ergebnisse von Analysen immer aktuell informiert und kann auch über die gemeinsame Krankengeschichte mit den anderen Behandelnden direkt kommunizieren. Die Krankengeschichte umfasst auch die nichtärztlichen Leistungen wie bspw. Spitex, Physiotherapie wie auch alle radiologischen Abklärungen und Laboranalysen. Auch die Spitäler wirken an der Weiterentwicklung der Krankengeschichte mit. Alle Beteiligten haben mit einem dem Patienten zugewiesenen Code Zugriff auf alle Daten.

Als flankierende Maßnahmen zur offenen KG werden die Handhabung definierter Kommunikationsstrukturen und -modalitäten empfohlen.

Ein erster Vorschlag findet sich im Anhang B

5. Erwägungen

Es stellt sich nun die Frage, wieso ein Patient bereit sein soll, auf Teile des Patientengeheimnisses zu verzichten zugunsten einer transparenten, für alle einsehbaren Krankengeschichte? Einerseits kommt hier ein Anreizsystem von Seiten der Kassen ins Spiel. Es ist anzunehmen, dass für die Kassen eine solch offene Krankengeschichte, in die sie selber keinen Einblick nehmen können, von

grossen finanziellem Interesse ist, hätten sie doch damit erstmals einigermaßen die Gewähr, dass die Behandelnden untereinander dafür sorgen, dass die nötige Kommunikation tatsächlich stattfindet, dass Doppelspurigkeiten sichtbar und in Zukunft vermieden werden, dass auch fachlich gegenseitig ein reger Austausch stattfindet (und evtl. auch Kritik geübt wird), dass die Fachleute untereinander sich Fragen stellen etc. Das kann meiner Ansicht nach nur im Interesse der Kassen und der Patienten sein und das wird auch genügend Anlass sein, den Patienten für den Eintritt in ein solches offenes Krankengeschichte-Netzwerk einen Prämienrabatt von 10 – 20 % zu gewähren. Sinnvoll ist dies aber vor allem für Patienten mit einer längeren oder komplexeren Krankengeschichte, an der verschiedene Versorger beteiligt sind. Die genaueren Kriterien, wer in einen solchen Netzwerkstatus aufgenommen werden soll, müssen noch konzipiert werden. Der Rabatt sollte nicht den Versicherten gewährt werden, die gesund sind und keine komplexe Behandlung brauchen. Rabattsysteme sollten generell zur Steuerung der „heavy-user“ eingesetzt werden.

Das Krankengeschichte-Netzwerk ist also eine definierte Form einer Logistik, mit Anreiz eines Prämienrabattes, für polymorbide Patienten, die in Behandlung mehrerer Instanzen sind und die dadurch auf eine gewisse Patientenintimität innerhalb des Netzwerkes verzichten. Auf der Versorgerseite sind alle Gesundheitsanbieter potentielle Mitglieder des Netzwerkes, die über eine Berufsausübungserlaubnis verfügen und die die Prinzipien des Netzwerkes akzeptieren. *Das wesentliche Prinzip ist die Verpflichtung, für einen Netzwerkpatienten eine offene Krankengeschichte mitzuführen, d.h. alle Befunde, die selber erhoben werden und alle Massnahmen, die angeordnet werden, in diese offene Krankengeschichte einzutragen und in der offenen Krankengeschichte sich über den Patienten zu informieren und vorhandene aktuelle Ergebnisse zu berücksichtigen.* Werden diese Prinzipien wiederholt und in grober Weise missachtet, kommt es zu Sanktionen. Es ist für jeden Anbieter freiwillig, ob er Netzwerkpatienten behandeln will. Hat sich hingegen ein Patient entschlossen, Netzwerkpatient zu werden und die Prämienermässigung für sich in Anspruch zu nehmen, kann er nur solche Gesundheitsanbieter kontaktieren, die bereit sind, ihn als Netzwerkpatient mittels der offenen Krankengeschichte zu führen.

Datenschutzerwägungen sind sicherlich genauer zu prüfen. Insbesondere ist zu prüfen, ob es technisch einigermaßen möglich ist, die Datengrenzen, die mit dem Patienten vereinbart werden, wirklich auch einzuhalten. In einer computergestützten offenen Krankengeschichte ist ein unbefugtes Eindringen (hacking) viel leichter möglich als in eine handgeschriebene Kartotheke-Krankengeschichte. Wenn immer möglich sollte hier auf dem geplanten Trust Center basiert und dessen Sicherheitstechnologie genutzt werden.

6. Was ist der Gewinn?

- Der Patient gewinnt eine besser koordinierte Behandlung. Für ihn ist der Kommunikationsfluss garantiert und er kann sich darauf verlassen, dass seine Ärzte und die übrigen Behandelnden immer aufgrund des aktuellen Wissenstandes mit ihm weitere Teilbehandlungen und Abklärungen vornehmen.²
- Für den Arzt ist ein optimaler Zugriff zu den Daten der übrigen Versorger fachlich von grossem

² Seit dem Verfassen dieses Artikels sind acht Jahre vergangen. Die meisten Spitäler haben elektronische Krankengeschichten eingeführt. Hier sehen wir nun die Unterschiede. Bei den einen funktioniert es wunderbar zum Nutzen aller, bei den anderen stellen sie ein unzumutbares Ärgernis dar.

Nutzen. Er kann seine Berichte an die Beteiligten abkürzen und mit seinen Einträgen in die Krankengeschichte verbinden. Er hat vor allem ein Modell zur Hand, das er als seinen Beitrag zur Verbesserung der Kostenlage im Gesundheitswesen ansehen kann.

- Für die Kassen ist damit ein Instrument definiert, das einen wesentlichen Teil der Kostensteigerung in Angriff nimmt und damit versucht wird, auf neuem Wege, aber ohne Strukturzerstörung des bisherigen Versorgungssystems wirklich eine Effizienzsteigerung und Behandlungsverbesserung und Kosteneinsparung gleichzeitig vorzunehmen.

Somit sollte eigentlich für alle Beteiligten das Netzwerksystem attraktiv und gewinnbringend sein, was der Realisierung zugute kommen sollte.

7. Detailfragen

8. Prüfparameter

9. Kontrollüberlegungen anhand wichtiger Grundsatzparameter

- Spielregeln, keine Restriktionen: Diese Maxime erscheint erfüllt zu sein. Grundsätzlich kann und soll jeder mitmachen, der bereit ist, die Spielregeln einzuhalten.
- Prinzip der Freiwilligkeit: Dies ist sowohl bei Patienten als auch bei den Anbietern gegeben.
- Keine pseudofachliche Kriterien zur Zulassung/Ausschluss von Anbietern: Dieses Netzwerksystem qualifiziert nicht erneut, schafft kein neues Staatsexamen und keine neue FMH-Prüfung, betätigt sich nicht als Inquisitor oder als Gralshüter, führt nicht zu einer Entsolidarisierung und schliesst keine jungen Kollegen aus.
- Einbezug, nicht Ausschluss von Leistungserbringern: Als Anreizsystem für die Patienten, ihre Bereitschaft zur Offenlegung ihrer Krankengeschichte unter den Behandelnden einzugehen, wird wohl nur möglich sein, wenn die Leistungserbringer diesen Mut mit einem Prämienrabatt belohnen.
- Baukastensystem: Hier stocke ich etwas, da ich der Meinung bin, dass der Start eines solchen Netzwerkes nur möglich ist, wenn eine gewisse Mindestanzahl von Vertragsteilnehmern besteht, wenigstens auf der Anbieterseite. Patienten können sich dann entscheiden, wenn genügend Behandelnde grundsätzlich bereit sind, auf sein Anliegen, ein Netzwerkpatient zu sein, einzusteigen. Nur dann ist der Prämienrabatt gerechtfertigt, nur dann kommt ihm grundsätzlich die volle Behandlungsvielfalt zugute. Das vorgestellte Konzept benötigt einen gewissen Konsens und mindestens eine Absichtserklärung von den meisten im Oberbaselbiet tätigen Behandlungsanbietern, mitwirken zu wollen. Hier ist sowohl die Schwäche als auch langfristig die Stärke dieser Konzeption zu sehen.
- Start mit einfachem, realisierbarem Konstrukt: Es sollte mit einem Pilotprojekt begonnen werden, in dem bei gewissen Patienten alle beteiligten Behandelnden, gesponsert durch deren Krankenkasse, eine Serverlösung einer offenen Krankengeschichte definiert wird und Erfahrungen mit der Operationalisierbarkeit dieser Krankengeschichte gesammelt werden. Aufgrund dieses Pilotprojektes können Modifikationen und vor allem kann auch ein potentes Programm entwickelt werden, das den Anbietern ermöglicht, einfach an dieser gemeinsamen Krankengeschichte zu arbeiten. Hier ist sicher angezeigt, im Kleinen zu beginnen, aber weniger in Form

eines Baukastensystems als in Form eines Pilotprojektes.

10. Umsetzung

- Fertigstellung der Konzeptgrundlage

Konzept und Kommunikations-Regeln sollten von möglichst vielen durchgearbeitet und an einer weiteren Tagung abgesehnet werden. Vielleicht ist das auch via e-mail möglich.

- Gründung eines Netzwerkes

Wir sind meiner Ansicht noch nicht so weit, dass wir definieren können, wer zu den Gründungsmitgliedern gehören soll. Ich denke, es sollten möglichst viele Einzelpersonen, aber auch bereits eine Spitex (zB. Spitex Liestal) und ein Spital dazugehören. Das was wir jetzt machen ist ein Vorprojekt. Dazu eignet sich unsere bestehende 5-er Gruppe (Tobias Eichenberger, Kaspar Heer, Andreas Manz, Thomas Salm, Florian Suter) durchaus, da sie mittels e-mail ja keine geschlossene Gruppe ist und jeder Interessierte mitdiskutieren kann (und sich auch selber zu einer Sitzung einladen kann)

- Zeitplan

Auch für einen konkreten Zeitplan ist es noch zu früh. Vor allem sollen wir überlegen,

- was am Konzept noch alles verändert und ergänzt werden muss
- wen wir nun involvieren wollen / sollen und mittels welchen Instrumenten dies zu geschehen hat.
- Wir müssen uns aber auch klar machen, was die minimale Basis ist, der wir das Konzept vorstellen wollen und die sagen, ob wir die Arbeit weiterentwickeln sollen.

Erst aus all diesen Abklärungen kann ein erster Zeitplan erstellt werden. Dieser ist wiederum von unseren eigenen persönlichen Kapazitäten und Ressourcen abhängig.

Anhang A: Protokollierte Stellungnahmen

Tobias Eichenberger vom 27.6.02

Liebe Mitstreiter, mit Interesse und Freude habe ich den Entwurf von Andreas gelesen. Ich muss zugeben, dass effektiv wohl nur die Idee einer offenen Krankengeschichte neu und revolutionär ist. Ich möchte 1. einige prinzipielle Überlegungen in den Raum stellen und 2. versuchen, mein Grundkonzept und den konkreten Entwurf von Andreas als Basis der weiteren Aufbauarbeit zusammenzufassen.

Das Ziel einer offenen KG ist bestechend. Ich frage mich aber, ob es nicht realistischer und realisierbarer sein wird, diese offene KG zwar jetzt als Endpunkt zu definieren und im Rahmen eines schrittweisen Aufbaues auch bereits beim Start zu kommunizieren und konkret zu etappieren, aber in einem ersten Schritt rasch mit dem Modul 1 (Kommunikationsnetz) zu beginnen. Die aktuelle Diskussion (auch im Vorstand der Ärztesgesellschaft Baselland) mit Themen wie Zulassungsstop, Aufhebung Kontrahierungszwang, Ärzterating etc. zeigt, dass wir nun nicht mehr Zeit verlieren und endlich etwas tun sollten

Die Idee des VOB wurde auf dem Leuenberg definitiv und endgültig begraben. Ein neues Konzept sollte nicht allzu sehr auf eine einzige Institution wie z.B. das KSL abgestützt sein. Es kann nicht bloß darum gehen, Zuweisungen zu kanalisieren. Natürlich sind Abteilungen oder auch ganze Spitäler als Netzpartner willkommen, langfristig auch absolut notwendig.

Von einer geographischen Limitierung (Oberbaselbiet) halte ich nichts. Es wird sich aufgrund der aktuellen Projektgruppe hier ev. ein gewisses Schwergewicht ergeben. Im Zeitalter der (für die offene KG ja auch zwingend notwendigen) elektronischen Vernetzung sollten Kantons- oder andere Grenzen keine Rolle spielen. Seit Jahren bemühe ich mich darum, Grenzen niederzureißen und ich werde mich nicht dafür hergeben, neue zu errichten. Ich sehe kein Problem darin, wenn z.B. eine Klinik des Bruderholzspitales oder Hausärzte/Spezialisten im unteren Kantonsteil, Basel/Riehen oder aus dem Fricktal sich beteiligen werden. Mehr Partner = mehr potentielle Netzpatienten = mehr Gewicht (z.B. gegenüber den Kasse) = mehr Chancen für das Projekt.

Zusammenarbeit mit Krankenkassen. Hier wäre ich primär einmal etwas skeptisch. Natürlich muss für den Endausbau mit dem Einbezug von Netzpatienten und entsprechenden Rabatten eine enge Kooperation mit den KK erfolgen. Zum Start würde ich aber (trotz aller Skepsis gegenüber Konstrukten wie NewIndex etc.) die Synergie mit dem im Aufbau befindlichen Trust Center BL/BS nützen und ein primär ärzteigenes Konstrukt schaffen. Wir könnten dieses dann den Kassen anbieten. Viele KollegInnen sind den KK gegenüber dermaßen skeptisch, dass ein primäres Zusammengehen wohl schwierig wäre. Aus taktischen und verhandlungsstrategischen Überlegungen sollte die Zusammenarbeit mit Kassen erst dann erfolgen, wenn innerhalb des Netzes klare Vorstellungen bezüglich der vertraglichen Inhalte und vor allem bezüglich eines Versicherungsmodells bestehen. Zu diesem Zweck müsste vorgängig bereits das netzinterne Datenmanagement operativ sein.

Wichtig sind die zeitgerechte Kommunikation nach innen (Vorstand, Mitglieder etc.) und nach außen (Patienten, KK, Politiker, Medien etc.). Es sind frühzeitig auch Patientenorganisationen bei der konzeptionellen Arbeit miteinzubeziehen.

Zusammenfassend würde ich somit unbedingt empfehlen, schrittweise vorzugehen und die Zeit der

Installation der ersten beiden Module nützen, um die zweifellos richtige Idee der offenen KG seriös und ohne Zeitdruck auszuarbeiten und umzusetzen.

Florian Suter vom 28.6.02

Lieber Tobias, vielen Dank für Deine umfangreiche Sendung.....Ich werde mich gerne ab dem 8.7.02 zu dem von Dir versandten Bericht Stellung nehmen. Ich finde ihn sehr interessant, die Grundstossrichtung – natürlich – goldrichtig. Gewisse Fragen bzw. Ergänzungen hätte ich wohl noch, aber das wie gesagt ab 8.7.02

Stephan Pfister vom 11.07.2002

hallo tobias, ich habe mir endlich die zeit genommen eure netzwerkidee "die offene kg" zu studieren - sie hat mir sehr gut gefallen. die idee ist tatsächlich nicht neu. es gibt bereits viele kleinere und grössere, auch kommerziell umgesetzte netzvarianten: z.b die elektronische kg im kleinkosmos spital - offen für alle im spital tätigen (verschiedenste benutzerrechte sind definiert; labor, administration, radio,.....), ris (radiologisches informationssystem) allerdings haben bei uns nur die radiologen bis jetzt zugriff auf die befundsdatenbank, ... aber auch z.b. medgate. alle machen etwas aber sind nicht konsequent vernetzt. die riesigen potentiale der synergien sind weiterhin brach. die ideen sind, davon bin ich überzeugt, unsere zukunft - und technisch ist es eigentlich problemlos machbar. selbst sehr große netzwerke sind, bei genügend grossem geldbeutel, kein problem. problematisch sind die anwender. soll ein solches system wirklich einen benefit haben, so müssen alle info des neztpatienten dort liegen, das ist sehr viel arbeit - und muss konsequent durchgezogen werden. eine offenen elektronischen kg ist nur erfolgsversprechend, wenn sie vollständig ist. die doppelspurigkeit der konventionellen kg mit mitgeführter offenen elektronischen kg muss unbedingt vermieden werden - sie ist nicht nur viel zu teuer sondern beinhaltet auch die wesentliche gefahr, dass genau das gesuchte im einen oder anderen system nicht vorhanden ist. Ein grosses problem werden die benutzerrechte sein. ist dieses problem gelöst wird die akzeptanz sicher steigen. ich kann euch in eurem bestreben nur unterstützen. die spar – und optimierungspotentiale sind enorm.

Leo Buchs vom 19.7.02

Sehr geehrter Herr Dr. Eichenberger, als Beilage überlasse ich Ihnen Kurzbeschreibungen der von uns entwickelten neuen Konzepte für die integrierte Versorgung. Beim Konzept "Integrated HealthCare+" handelt es sich um einen grundlegend neuen Modellansatz, der unter anderem auch im BSV auf sehr grosses Interesse gestossen ist. Das Modellprojekt "IHC-Klinik" ist ein konkreter Vorschlag zur Realisierung eines Versorgungsmodells unter Federführung eines Spitals.

Die rasche Realisierung neuer vertikal integrierter Versorgungsmodelle wird vom BSV sehr begrüsst, weil auch an dieser Stelle die Meinung vorherrscht, dass die Impulse für eine grundlegend neue Ausrichtung des Gesundheitswesens von den Akteuren an der Front ausgehen müssen, nicht von politischer Seite.

Rudolf Ott vom 21.7.02

Lieber Tobias, Ich habe Dein Schreiben in meinem Feriengepäck mitgenommen und in den Bergen

Umbriens darüber nachgedacht. Hier einige Gedanken dazu (nicht mehr als Mitstreiter, sondern eher als Zaungast):

1. Grundsätzlich kann ich mich voll und ganz Deinen Überlegungen anschliessen. Nur diese gleichen Ideen haben wir uns schon vor 10 Jahren gemacht. Sie sind grundsätzlich defensiv, abwartend und bringen nichts in Gang. Wir möchten es ja möglichst allen Recht machen (Ärzten und Kliniken).
 2. Für meine Praxis möchte ich behaupten, dass Modul 1 schon längst eingeführt ist: Kolleginnen und Kollegen resp. Kliniken, die sich nicht daran halten, werden von mir „verwarnt“ resp. nicht mehr berücksichtigt. (Meine Patienten behalten zwar ihr Arztwahlrecht, aber mit entsprechenden Kommentaren meinerseits). Es kann ja nicht nur darum gehen, Doppelspurigkeiten auszuschalten, sondern wir müssen effektiv das Fleisch am Knochen abnagen, d.h. Überweisungen mit geringer Vortestwahrscheinlichkeit, die nur zur Absicherung des behandelnden Arztes oder gar nur auf Wunsch des Patienten vorgenommen werden, weitgehend zu eliminieren resp. auf eine minimale Untersuchung mit eng definierter Fragestellung zu reduzieren. Nach einer Studie von Domenighetti sollen bereits 1 von 3 Untersuchungen in der Schweiz von den Patienten ohne Zutun des untersuchenden Arztes verlangt werden!
 3. Auch das Modul 2 ist bei mir bereits seit rund 3 Jahren erfüllt. Für mich erschütternd ist, dass selbst im HV Angenstein die obligatorische Teilnahme an einem Qualitätszirkel nicht 100% durchgesetzt wurde. In unserem QZ fehlen zwar noch die schriftlich niedergelegten Qualitätskriterien. Wir werden alle auch noch eine Zeit darauf warten resp. uns selbst darum bemühen müssen. Selbstverständlich sollen diese Kriterien nicht von den Kassen, aber auch nicht (nur) von den Ökonomen (vgl. NZZ Nr. 161 vom 15.07.02 S.14) festgelegt werden. (Vgl. dazu den NZZ-Artikel über den Guide Santé mit Interview mit Florian Suter (NZZ Nr. 165, 19.07.02, S. 11). Wir werden nie und nimmer warten können, bis der hinterste Doggter (gilt auch für Frauen) damit einverstanden ist !
 4. Damit komme ich zum Modul 3:
 - a) Eine PC-KG werde ich den letzten Jahren meiner Praxistätigkeit nicht mehr einführen. Das Arztgeheimnis gilt auch innerhalb meiner Praxis (gegenüber Personal). Ich könnte mir eine KG-Zusammenfassung nach einem gewissen Standardschema vorstellen für Patienten, die sich diesem Netz anschliessen möchten. Dieser Zusatzaufwand müsste mir aber bezahlt werden (Versicherung, Patient ?)
 - b) Wenn wir warten bis ein Modul 3 konkret ist, werden wir alle nicht mehr praktizieren. Der Zeitplan scheint mir illusorisch. Dies ist Vorarbeit für unsere Nachfolger. Horrorvision: eine staatliche Krankenversicherung schreibt das vor und legt das Modul fest.
 5. Ich erlaube mir, ein von mir für das Netzwerk Ärzteverein Leimental vor Jahren erarbeitete Papier beizulegen. Dies wären die Vorstellungen gewesen, um Ärzte an unser Hausarztnetz anzubinden. Für vernetzte Spezialisten wäre ein entsprechendes Agreement ausgearbeitet worden. Da die Krankenkassen als unsere Verhandlungspartner ausgestiegen sind, wurde dieses Papier bei mir schubladisiert und nie weiter im ÄVeL diskutiert. (siehe nachfolgend, Anm. AM)
- Ich hoffe, Du empfindest meine Bemerkungen nicht als destruktive Kritik. Nach vielen Stunden Arbeit in diversen Arbeitsgruppen bin ich recht desillusioniert. Sicher muss ein nichtärztlicher Profi in einer solchen Arbeitsgruppe von Anfang an mitarbeiten, zumindest beraten (z.B. Philip

Baumann, New Index AG.), auch wenn es etwas (evtl. viel) kostet. Ich wünsche Euch viel Erfolg und Durchhaltewillen für das Projekt.

ÄRZTEVEREIN LEIMENTAL – Hausärztereinbarung (der erwähnte Beilage von Rudolf Ott)

Die/der Unterzeichnete verpflichtet sich zur Einhaltung der in dieser Vereinbarung festgelegten Grundsätze. Die Vereinbarung wurde von der Mitgliederversammlung des Ärztevereins Leimental am verabschiedet.

Diese Vereinbarung hat jede Hausärztin/jeder Hausarzt zu unterzeichnen, die/der als Mitglied einem vom Ärzteverein Leimental abgeschlossenen oder aushandelten Vertrag mit Managed-Care-Firmen oder Krankenversicherern beitrifft.

1. Loyalität gegenüber den vom Ärzteverein Leimental ausgehandelten resp. abgeschlossenen Verträgen mit Managed-Care-Firmen und Krankenversicherern.
2. Kooperation mit den im gleichen Vertrags- resp. Netzwerk eingebundenen Hausärztinnen und Hausärzten.
3. Erfüllung der Qualitätssicherungs-Bedingungen gemäss QS-Konzept des Ärztevereins Leimental resp. des Vertrags.
4. Umfassende hausärztliche Betreuung der Managed-Care-Versicherten entsprechend der beruflichen Ausbildung und Erfahrung sowie der Infrastruktur der eigenen Praxis. Dies beinhaltet u.a. auch Zugänglichkeit zur Sprechstunde, Notfallkonsultationen, Hausbesuche etc.
5. Erfüllung der Verpflichtungen im allg. Notfalldienst und im Hütedienst gegenüber den Patientinnen und Patienten sowie den Kolleginnen und Kollegen:
 - Sicherstellung der Erreichbarkeit
 - Triage und Notfallbehandlung aufgrund ärztlicher Abklärung und Untersuchung
 - AdÄquate Organisation der Praxis im NFD
 - Prompte Informationen für Hausärztin/Hausarzt.
6. Bereitschaft zur Uebernahme von Funktionen oder speziellen Aufgaben, die sich aus den Verträgen ergeben.
7. Bereitschaft zur Offenlegung von kostenrelevanten Praxisdaten gegenüber einem vom Ärzteverein Leimental resp. der Hausärztergruppe bestellten Gremium unter Zusicherung der Vertraulichkeit, z.B.:
 - individuelle Konkordatsstatistik-Zahlen
 - eigenen Praxisdaten
 - individuelle Systemabrechnung MC-Systeme etc.
8. Bereitschaft zur Erstellung zusätzlicher Praxisstatistiken und erweitertem administrativem Aufwand (z.B. interne Zuweisungsbelege zu spezialärztlichen Abklärungen oder Therapien bei hausärztlich tätigen Subspezialisten).
9. Fristgerechte Erfüllung der finanziellen Verpflichtungen im Rahmen der MC-Verträge und der ÄVeL resp. Hausarztgruppen-Regelungen.

Andreas Manz vom 26.7.02

Lieber Tobias, liebe Mitstreiter, das von Dir überarbeitete Konzept habe ich erneut überarbeitet. Ich zähle Dir im Folgenden auf, welche Überlegungen den Veränderungen zugrunde liegen:

Zu 3.: Ziele werden in einer Sprachen geschrieben, die darlegt, wie das erreichte Ziel aussieht.

„Sollensätze“ beschreiben keine Ziele sondern Wege oder Massnahmen.

Zu 4.: Die Module 1 und 2 von Tobias sind nicht auf der selben konzeptionellen Stufe wie das Konzept einer gemeinsamen elektronischen Krankengeschichte. Daher sind diese Themen nicht als Module miteinander verbindbar. Ob Qualitätszirkel (Modul 2) durchgeführt werden, und wer diese mit wem abhandelt, ist nicht Gegenstand dieses Konzeptes, das ja weit über die Ärzteschaft hinausreicht. Ich schlage vor, das Qualitätszirkelthema als Teil der obligatorischen FBO abzuhandeln. Das Modul 1 ist Teil des Konzeptes ‚offene Krankengeschichte‘, weil im Detail

definiert werden muss, wie mit dieser KG als Dokumentations- und Kommunikationsinstrument verfahren werden soll. Auch ist es hilfreich, wenn unter den Behandelnden ein definierter Standard an Kommunikation praktiziert wird.

Zu 5.: Ob das geplante Trust Center die geeignete Serverplattform ist, kann ich aus Wissensmangel nicht beurteilen.

Zu 9.: Tobias hat meine Kontrollüberlegungen 4-6 weggestrichen, aus mir nicht bekannten Gründen. Ich setze sie vorerst wieder ein, da sie mir relevant erscheinen.

Zu 10.: Hier bin ich noch viel vorsichtiger. Ich glaube nicht, dass es einen Sinn macht, Zeitpläne hinzustellen, die dann doch nicht durchgehalten werden können.

Zu Anhang A: dieser ist neu und soll eine fortlaufende Übersicht über die Anregungen und Einwände, die nicht unmittelbar textlich umgesetzt worden sind, ermöglichen.

Zum Anhang B: Hier soll die Entwicklung der geforderten Spielregeln der Kommunikation abgehandelt werden.

Zum Anhang C: hier sollen alle e-mail-Adressen zusammengetragen werden der Personen, die sich für die Weiterentwicklung dieses Konzeptes interessieren und die jetzt und künftig mit neuen Updates bedient werden möchten.

Zum Anhang D: Hier sollen weitere Themen aufgelistet werden, die wir bearbeiten sollten.

Zum Begleitbrief von Tobias am 27.6.02: Es geht bei einer geografischen Definition Oberbaselbiet nicht um einen Ausschluss allfälliger Leistungserbringer. Damit aber ein solches Netzwerk mit einer offenen KG durchbesprochen, getestet und umgesetzt werden kann, ist eine geografische Nähe der Netzwerkträger unabdingbar. Es geht bei einem solchen Netzwerk ja hauptsächlich um die polymorbiden, teuren Patienten. Das Netzwerk sollte nach kurzer Zeit fähig sein, alle an der Behandlung beteiligten (also ein Spital, eine Spitex, eine Physiotherapie, die diversen Ärzte, evtl. sogar Apotheken, sicher aber auch ggf. ein Pflegeheim) miteinzubeziehen. Mit all diesen Anbietern muss das Netzwerk besprochen werden, diese sollten fähig sein, auf die elektronische KG zuzugreifen. Vermutlich muss eine eigens dafür zu entwickelnde Software eingesetzt werden. Die Geschichte kann also weder sehr rasch noch kann sie im Alleingang von einigen wenigen Ärzten eingeführt werden. Wir brauchen eine öffentliche Diskussion und einen Projektauftrag von Seiten der politischen und standespolitischen Organen und von Seiten der Sozialversicherungen. Im Weiteren habe ich ein Pamphlet begonnen, das sich mit den gesundheitspolitischen Entwicklungen, die mit unserer Initiative kollidieren, befasst. Ich lege dieses Papier bei.

Anhang B: Spielregeln der Kommunikation

- Hausarzt informiert bei Zuweisung nächste Instanz(en) über die relevante Situation seines Patienten (aktuelles Problem, Co-Morbidität, Medikamente)
- Spezialist / Spital verpflichtet sich zur zeitgerechten Übernahme:

Lebens- oder Organ-bedrohende Situation:	sofort
Notfall, nicht vital	innerhalb 24 – 48 Stunden
Dringlich	innerhalb 1 Woche
Elektiv, nicht dringlich	innerhalb 4 Wochen
- Spezialist / Spital informiert Hausarzt zeitgerecht:

bei vitaler Problematik / Notmassnahmen	gleichentags
ohne Not	innerhalb 2 bis 3 Arbeitstagen
- Kommunikationsmedien:
 - Telefon
 - Brief (A-Post)
 - Fax
 - E-Mail wird im Modul 1 bewusst offen gelassenEntscheidend ist hier vorerst nicht das Medium, sondern der Inhalt, die Erarbeitung einer **Kommunikationskultur!**

Beim weiteren Ausbau wird sich das Gewicht automatisch in Richtung eines elektronischen Datenaustausches bewegen.
- Obligate Information des Hausarztes vor wichtigen Entscheiden wie
 - Weiterweisung / Verlegung
 - Eingriffe / Operationen
 - Falls nicht aus der (Notfall-) Zuweisung abgeleitet
- Nach erfolgter Beurteilung / Behandlung Rückweisung des Patienten an seinen Hausarzt

Anhang C

Ärzte in Praxis

- Argast Urs urs.argast@ubargast.ch
- Buess Peter pebuess.siegrist@datacomm.ch
- Eichenberger Tobias tobias.eichenberger@hin.ch
- Friedli Fritz fritz.friedli@hin.ch
- Früh Andi acfrueh@swissonline.ch
- Heer Kaspar kaspar.heer@hin.ch
- Loretan Gusti Gustav.Loretan@hin.ch
- Manz Andreas manzliestal@gmx.ch
- Ott Rudolf rudolf.ott@hin.ch
- Riesen Edy edy.riesen@hin.ch
- Salm Thomas info@praxis-salm.ch
- Schwarz Roland Roland.Schwarz@hin.ch
- Suter Florian florian.suter@hin.ch
- Wagner Lukas lukas.wagner@hin.ch

Ärzte in Klinik

- Martius Ferdinand ferdinand.martius@ksbh.ch
- Rittmann Willy-Werner: willy-werner.rittmann@ksli.ch
- Spörri Peter ???
- Zimmerli Werner werner.zimmerli@ksli.ch

Funktionen

- Schwab Friedrich fschwab@hin.ch