

Erich Küenzi<sup>1</sup>

# E-Health im Praxislabor

**Die E-Health-Strategie des Bundes ist, mindestens was den Zeitplan angeht, klar gescheitert. Wahrscheinlich unter anderem, weil sie «top-down» konzipiert worden ist und man davon ausgegangen ist, dass die Basis (also wir Leistungserbringer und Laborverantwortliche in der Praxis) schon mitmachen würden. Im Gegensatz dazu sind diese Gedanken «bottom-up»:**  
**Was können die Leistungserbringer von E-Health im Praxislabor erwarten? Gibt es genügend Anreize, in die elektronische Infrastruktur zu investieren?**

Folgende Funktionen stellen aus Sicht eines Hausarztes in einer 3er-Gruppenpraxis einen möglichen Mehrwert dar:

Im **präanalytischen Bereich** sicher die elektronische Auftrags erfassung. Hiermit können Schnittstellen-Fehler (Arzt-MPA und MPA-Laborblatt) minimalisiert werden. Man kann sich im Weiteren auch vorstellen, dass im Software-Programm Hinweise für eine sinnvolle Stufendiagnostik (Beispiel TSH basal in erster Linie und nur bei pathologischem Wert auch Bestimmung von fT4) hinterlegt sind (Nutzniesser wären dann auch die Kostenträger). Schliesslich könnten bei den einzelnen Analysen auch Hinweise zur Probenentnahme (nüchtern ja/nein, mit/ohne Einnahme des Medikamentes am Analysentag, Notwendigkeit des beschleunigten Transportes ins Labor, Reduktion des Lichteinfalls auf die Probe etc.) gegeben werden. Praktisch jedes Labor hat zwar Newsletters und eine Datenbank für Fragestellungen aus dem Laboralltag. Diese Hilfsmittel können aber meist bei kniffligen Fragestellungen nicht das Gespräch mit dem Laborspezialisten des Auftragslabors ersetzen.

In der **postanalytischen Phase** macht sicher die elektronische Datenübermittlung und deren direkter Einbau in die Krankengeschichte Sinn. Hierbei sollten sowohl die internen Geräte als auch das Auftragslabor angebunden sein. Vereinbarungen über den Datentransfer (und den Datenschutz) müssen mit dem Auftragslabor gemacht werden. Der Datenfluss in die Krankengeschichte ist bei den meisten Softwarehäusern vorgesehen. Für Gruppenpraxen ist im Weiteren die Mandanten-Fähigkeit notwendig. Leider ist diese Schnittstelle meist nicht nur initial, sondern auch mit einer Jahres-

gebühr kostenpflichtig. Im Sinne einer Redundanz führen wir in unserer Praxis aber noch immer ein Laborbuch, v.a. für die wenigen «Hand-Parameter» (bei uns fehlt öfters am Abend ein INR-Wert oder ein Urinstatus wurde nicht zeitgerecht übertragen).

Sind die Daten einmal in der elektronischen Krankengeschichte, lässt sich problemlos ein zeitlicher Verlauf eines Laborwertes erstellen und demonstrieren. Im Praxisalltag erlebe ich das bei der Resultatbesprechung mit dem Patienten als sehr hilfreich, wird doch ein weiterer «Sinn» des Patienten angesprochen. Wahrscheinlich sind unsere Predigten dann nachhaltiger, hoffentlich die Compliance der Patienten besser.

Bei der externen **Qualitätssicherung** sollte es mittelfristig möglich sein die Resultate der Ringversuche direkt an die Qualitätskontroll-Zentren zu senden. Aktuell werden gut zweidrittel der Resultate separat am PC erfasst und dann elektronisch übermittelt. Die Gefahr von Übertragungsfehlern liesse sich somit noch vermindern.

Bei den internen **Qualitätskontrollen** lassen sich die tägliche/wöchentlich zu kontrollierenden Parameter einfach graphisch darstellen. Viel wichtiger könnte aber die Kontrolle der eigenen Arbeitstätigkeit und damit indirekt eine Outcome-Messung der Patientenbetreuung sein. Viel zitiert ist das Beispiel der Diabetes-Einstellung mittels HbA1c resp. dessen Streuung. Ein Weiteres wäre sicher die INR bei antikoagulierten Patienten. Beides lässt sich mit den aktuellen Praxis-Softwares mindestens ansatzweise machen, natürlich nur unter der Voraussetzung, dass die Resultatwerte dort elektronisch erfasst sind. Mit sauberen Datenbanken wären zudem auch die Grundlagen für Forschungsprojekte aus der Praxis gelegt. Eine ganz andere Frage

ist ob wir Leistungserbringer uns auf diese Weise qualitätskontrollieren lassen wollen. Nicht in jedem Fall zu befürchten aber grundsätzlich möglich ist eine Patientenselektion durch die Aerzte falls zu viele schlechte Patienten die (scheinbare) Qualität des Leistungserbringers negativ beeinflussen.

Es gibt auch **Wünsche**, welche erst angedacht sind. Hier denke ich an eine automatische Recall-Funktion im Zusammenhang mit der elektronisch erfassten Medikamentenliste des Patienten. Es wäre doch eine erhebliche Arbeitserleichterung, wenn z.B. bei einer Amiodarone-Therapie das Programm automatisch alle sechs Monate an die nötige Schilddrüsenfunktionsprüfung erinnern würde oder der Algorhythmus der Labornachkontrollen (erstellt von einem Institut für Hausarztmedizin oder einer Fachgesellschaft) z.B. bei einer Methotrexat-Therapie im Programm eingebaut wäre.

Insgesamt ergeben sich sicher einige Pluspunkte für die Vernetzung von Praxislabor und elektronische Krankengeschichte. Nicht unterschätzt werden darf der Zeitaufwand falls bei einer Umstellung die bestehenden alten Parameter nacherfasst werden sollen. Auch ist bislang unklar, ob die nötigen Investitionen jemals in einem künftigen (Labor-) Tarif oder ausserhalb eines solchen abgebildet werden. Die verantwortlichen E-Health-Strategen beim Bund können sich allerdings künftig nicht mehr um die Lösung der Frage der (Anschub-) Finanzierung drücken: Die Gesundheitskommission des Nationalrates hat mit der Motion 12.3332 Ende September einen wesentlichen Schritt in die gute Richtung gemacht und nun liegt der Ball der der SGK des Ständerates. *Affaire à suivre.*

<sup>1</sup> Dr. med. Erich Küenzi, Hausarztpraxis Dünnerer, 4614 Hägendorf

Korrespondenz:  
kuenzi@hin.ch