



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



Schweizerische Konferenz der kantonalen
Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren

Koordinationsorgan eHealth

eHealth Schweiz

Zwischenbericht Gesamtprojekt

Bern, 1. Oktober 2008

Inhaltsverzeichnis

1	Stand Gesamtprojekt	4
1.1	Ausgangslage.....	4
1.2	Erste Erkenntnisse aus Sicht der Geschäftsstelle eHealth.....	6
2	Stand Teilprojekt „Standards und Architektur“	8
2.1	Ausgangslage.....	8
2.2	Handlungsbedarf.....	9
2.3	Lösungssuche.....	10
2.4	Empfehlungen.....	11
3	Stand Teilprojekt „Modellversuche und PPP“	17
3.1	Ausgangslage.....	17
3.2	Definitionen.....	18
3.3	Bestandesaufnahme und Lösungssuche.....	18
3.4	Lösungssuche.....	22
3.5	Empfehlungen.....	23
4	Stand Teilprojekt „Online-Dienste und Befähigung“	27
4.1	Ausgangslage.....	27
4.2	Analyse der Situation.....	28
4.3	Handlungsbedarf.....	31
5	Stand Teilprojekt „Bildung“	33
5.1	Ausgangslage.....	33
5.2	Begriffe.....	33
5.3	Analyse der Situation.....	34
5.4	Handlungsbedarf.....	36
6	Stand Teilprojekt „Rechtliche Grundlagen“	39
6.1	Ausgangslage.....	39
6.2	Abgrenzung.....	39
6.3	Analyse der Situation.....	40
6.4	Handlungsbedarf.....	41
6.4.1	Trägerschaft des Koordinationsorgans eHealth.....	41
6.4.2	Elektronisches Patientendossier.....	42
6.4.3	Datenschutz und Datensicherheit.....	43
6.4.4	Rechte und Pflichten.....	46
6.4.5	Identifikation, Authentisierung, Autorisierung.....	47
6.4.6	Weitere Themen.....	48
6.4.7	Bilanz.....	50
7	Stand Teilprojekt „Finanzierung und Anreizsysteme“	51
7.1	Ausgangslage.....	51
7.2	Begriffe.....	51
7.3	Vorgehen.....	52
7.4	Analyse der Situation.....	52
7.5	Handlungsbedarf.....	53
7.5.1	Nationale Voraussetzungen.....	54
7.5.2	IT-Infrastruktur bei den Akteuren.....	55
7.5.3	Prozesse mit Bezug zu den Versicherern.....	55
7.5.4	Prozesse rund um das elektronische Patientendossier.....	56

7.5.5	Leistungserbringer-Leistungserbringer-Prozesse	57
7.5.6	Telemedizinische Leistungen	57
7.5.7	Bilanz.....	59

Zweck und Positionierung dieses Dokuments

Der Steuerungsausschuss von Bund und Kantonen zur Umsetzung der „Strategie eHealth Schweiz“ hat am 10. April 2008 die Aufträge für sechs Teilprojekte erteilt. Das vorliegende Dokument fasst den Stand per 1. Oktober 2008 zusammen. Die ausführlichen Zwischenresultate der sechs Teilprojekte sind in separaten Berichten dargestellt.

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Projektorganisation:

Steuergruppe: Pascal Couchepin (Bundesrat, Vorsteher EDI, Vorsitz), Thomas Zeltner (Direktor BAG), Peter Indra (Vizedirektor BAG), Carlo Conti (Regierungsrat, Vorsteher GD BS), Markus Dürr, Regierungsrat, Vorsteher GD LU), Heidi Hanselmann (Regierungsrätin, Vorsteherin GD SG), Patrizia Pesenti (Staatsrätin, Vorsteher GD TI).

Projektleitungsgremium: Adrian Schmid (Geschäftsstelle eHealth Bund-Kantone, Vorsitz), Pia Ernst (SPO), Andreas Faller (GD BS), Hansjörg Looser (GD SG), Andrea Nagel (BAG), Georg Schielke (GDK), Hans-Peter Schönenberger (santésuisse, bis Juni 2008), Felix Schneuwly (santésuisse, ab Oktober 2008), Christoph Schöni (H+), Walter Stüdeli (IG eHealth), Therese Stutz (BAG), Judith Wagner (FMH), Catherine Gasser (BAG), Michael Stettler (BAG).

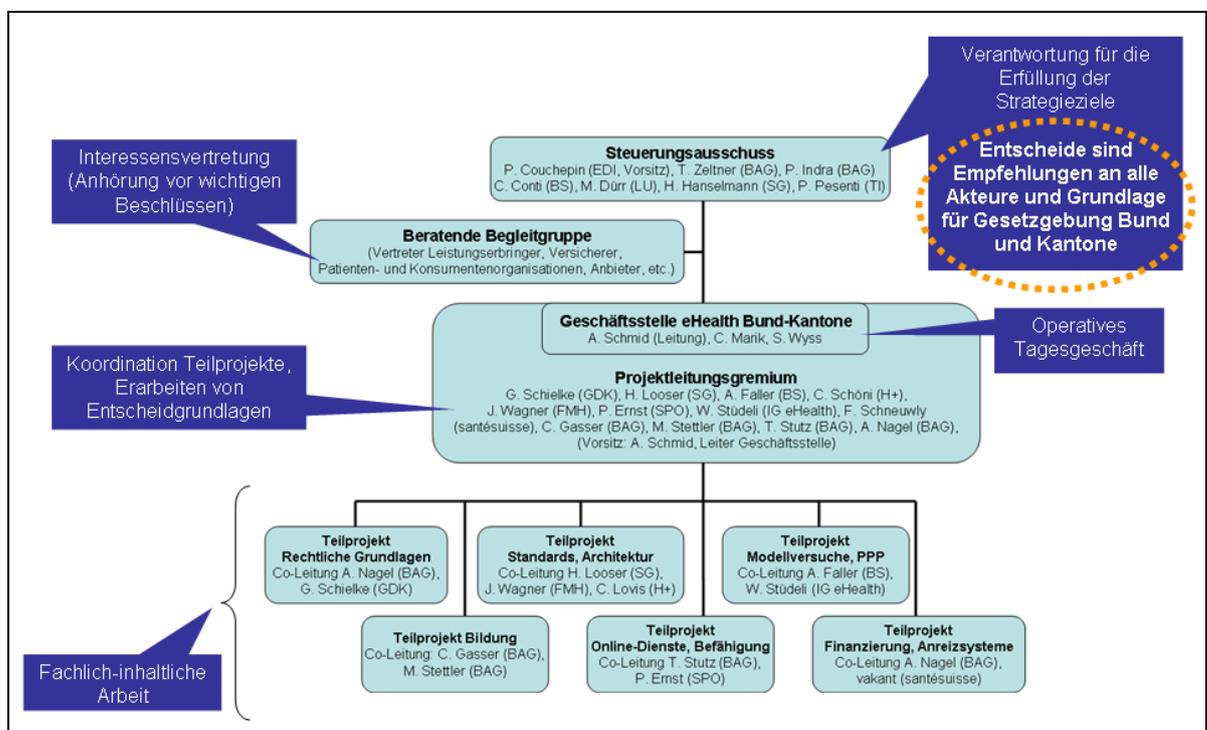
Geschäftsstelle Health Bund-Kantone: Adrian Schmid (Leistung), Catherine Marik (wissenschaftliche Mitarbeiterin), Stefan Wyss (wissenschaftlicher Mitarbeiter).

in den Teilprojekten „Standards und Architektur“ sowie „Modellversuche und PPP“ prioritär. Der Zeitplan wurde im Oktober 2008 gegenüber der ursprünglichen Planung um einige Monate erstreckt (Entscheide „Standard und Architektur“ im März statt im Januar 2009; bei den anderen Teilprojekten August statt Januar oder April 2009). Die Verlängerung drängte sich aus folgenden Gründen auf:

- Die Arbeiten sind komplex und für fast alle Akteure neu. Für die Meinungsbildung muss genügend Zeit eingerechnet werden, damit die Empfehlungen des Koordinationsorgans tragfähig sind;
- Der Steuerungsausschuss tagt statt im April 2009 bereits im März 2009. Diese Terminverschiebung gibt dem Teilprojekt „Standard und Architektur“ mehr Zeit für die Konsolidierung der Arbeiten, die anderen Teilprojekte dagegen können nicht bereits auf März 2009 Entscheidungsunterlagen bereitstellen;
- Das Teilprojekt „Modellversuche und PPP“ wird zeitlich vom Teilprojekt „Standards und Architektur“ entkoppelt und mit den anderen Teilprojekten zusammengelegt. Dies, weil an den Empfehlungen zu Modellversuchen noch intensiv gearbeitet wird. Zudem können Anfang 2009 die Resultate der in Auftrag gegebenen Studie „Nutzen von eHealth“ berücksichtigt werden.

Das „Koordinationsorgan eHealth“ hat unter anderem die Aufgabe, eine gemeinsame Zielorientierung der beteiligten Akteure im Gesundheitswesen in Bezug auf eHealth zu erreichen. Deshalb wurde eine breit abgestützte Struktur etabliert. Im operativen Projektleitungsgremium sind neben Bund und Kantonen auch die wichtigsten Partner vertreten (Leistungserbringer, Krankenversicherer, Patientenorganisation, Anbieter-Industrie).

Projektorganisation



Projektorganisation „Strategie eHealth Schweiz“ (Stand Oktober 2008)

1.2 Erste Erkenntnisse aus Sicht der Geschäftsstelle eHealth

Das Projekt ist seit Mitte März 2008 operativ. Die Arbeiten in den Teilprojekten und im Projektleitungsgremium sind gut angelaufen. Guter Start

- Alle Teilprojekte konnten im Rahmen der Vorgaben zeitgerecht Zwischenresultate vorlegen (siehe Kapitel 2 bis 7);
- Der Handlungsbedarf ist erkannt und grundsätzlich unbestritten;
- Das Interesse an der Mitarbeit im Koordinationsorgan ist bei allen Akteurguppen gross;
- Durch die breite Abstützung der Arbeit kann das in der Schweiz verfügbare Wissen zu eHealth eingebunden werden;
- Das Arbeitsklima in den Gremien ist sehr konstruktiv;
- Die Lösung mit den Co-Leitungen der Teilprojekte (Bund/Kantone mit jeweils einer Akteurguppe) hat sich bewährt. Sie ist in Bezug auf die Effizienz nicht immer optimal, schafft aber Verbindlichkeit und Vertrauen.

Das Projekt steht intern vor einigen Herausforderungen, die im Auge zu behalten sind: Herausforderungen projektintern

- Die Co-Leitenden in mehreren Teilprojekten haben zeitlich beschränkte Ressourcen (viel Arbeit in kurzer Zeit). Es ist absehbar, dass das Milizsystem in den nächsten Phasen durch externe Aufträge tragfähiger gemacht werden muss – insbesondere im Bereich der Standards und Architektur;
- In den Teilprojekten wollen zwar viele Personen und Organisationen mitreden, die Bereitschaft zur verbindlichen Mitarbeit ist allerdings sehr unterschiedlich. Damit besteht die Gefahr von grossen Arbeitsgruppen mit beschränktem inhaltlichem Output;
- Im Teilprojekt „Rechtliche Grundlage“ ist die Vertretung der Kantone ungenügend gewährleistet. Deshalb befürchtet das Projektteam, dass die Themen in kantonaler Kompetenz nicht angemessen bearbeitet werden können;
- Aufgrund der Grösse der Arbeitsgruppe haben einige Teilprojekte Kernteams gebildet, welche die inhaltliche Hauptarbeit leisten. Da personelle Wechsel in diesen Kleingruppen die Kontinuität der Arbeit gefährden und die Dynamik in der Gruppe verändern, hat das Projektleitungsgremium beschlossen, dass Stellvertretungen in den Kernteams nicht möglich sind;
- Die Geschäftsstelle begleitet die Teilprojekte strukturell und administrativ. Die inhaltliche Mitarbeit ist neben den übergeordneten Aufgaben der Geschäftsstelle nur beschränkt möglich;
- Noch ist nicht klar, wie und in welcher Tiefe sich das Koordinationsorgan mit konkreten Prozessen im Dreieck Patient-Leistungserbringer-Versicherer befassen soll;
- Das Bedürfnis nach Informationen über die Aktivitäten der Teilprojekte ist Projektes sehr gross. Regelmässige Berichte sind deshalb für die Kommunikation und die inhaltliche Abstimmung sehr wichtig. Deshalb werden die Zwischenberichte der Teilprojekte publiziert, auch wenn diese teilweise nicht konsolidiert sind.

Die projektinternen Diskussionen haben verdeutlicht, dass die Umsetzung der „Strategie eHealth Schweiz“ eine komplexe Aufgabe ist. Dies primär aus folgenden Gründen:

Herausforderungen
allgemein

- Ein neues Thema wie eHealth braucht die politische Verankerung. Erst wenige Kantone haben eHealth jedoch als festes Thema in der Verwaltung verankert und organisatorisch zugeteilt;
- Es gibt noch keinen Konsens, was genau zu eHealth gehört und was nicht. Auch die grossen Akteurguppen der Leistungserbringer und Versicherer haben dazu noch keine gefestigte Meinung. Inzwischen beginnen sie, interne Arbeitsgruppen zu bilden und gemeinsame Positionen zu erarbeiten;
- Bei der Umsetzung der Strategie müssen sehr viele Akteure koordiniert werden, die unterschiedliche Ziele verfolgen;
- Der noch fehlende internationale Konsens über inhaltliche und technische Standards lässt ein breites Spektrum von möglichen Lösungswegen offen und erschwert die Diskussion;
- Im Alltag des Gesundheitswesens haben sich viele betriebsinterne und lokale Lösungen etabliert. Die Verknüpfung dieser Systeme stösst an zahlreiche technische und organisatorische Hürden. Durchgehende IT-Prozesse können nur etabliert werden, wenn die Bereitschaft zu Zusammenarbeit besteht. Im Gesundheitswesen sind diese Kultur und die Lernbereitschaft nicht sehr ausgeprägt. Es ist häufig ein „Nicht-von-uns“-Abwehrreflex spürbar;
- Skeptiker der „Strategie eHealth Schweiz“ argumentieren immer wieder, der Nutzen von eHealth sei nicht belegt. Im Kreis der Personen, die sich vertieft mit dem Thema befassen, besteht international ein Konsens, dass eHealth einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der Qualität und Patientensicherheit leisten kann und die Effizienz des Gesundheitssystems verbessert. Das Koordinationsorgan hat deshalb eine Studie in Auftrag gegeben. Diese soll Anfang 2009 unter anderem Erkenntnisse dazu liefern, wie der Nutzen von eHealth definiert, praktisch gemessen und dargestellt werden kann. Zudem werden bestehende Arbeiten zum Nutzen von eHealth aufgezeigt und ein Katalog von Nutzenpotentialen erstellt;
- Das Bewusstsein für die Bedeutung des Themas eHealth ist bei vielen politischen Meinungsträgern, Akteuren im Gesundheitswesen, Medien und in der breiten Öffentlichkeit nach wie vor gering. Das Projektleitungsgremium ist daran, zusammen mit BAG und GDK ein Kommunikationskonzept zu erarbeiten.

Im ersten Quartal 2009 werden die groben Elemente der „Architektur eHealth Schweiz“ definiert sein. In der nächsten Phase müssen die Elemente dieser Architektur detaillierter umschrieben und das Zusammenspiel definiert werden. Im Milizsystem ist ein Vorankommen im verlangten Tempo und in der notwendigen fachlichen Tiefe kaum mehr möglich. Und für externe Mandate wird das heutige Budget der Geschäftsstelle eHealth zu wenig weit reichen. Eine ungenügende fachliche Tiefe oder ein Offenlassen von wesentlichen Aspekten bergen jedoch die Gefahr, dass im Hinblick auf eine nationale Lösung nicht oder falsch investiert wird.

Finanzierung der Arbeit
noch nicht gesichert

2 Stand Teilprojekt „Standards und Architektur“

Der Inhalt in diesem Kapitel ist eine Zusammenfassung der wichtigsten Punkte aus dem Zwischenbericht vom 1. Oktober 2008 der Teilprojektgruppe „Standards und Architektur“.

Wichtigste Punkte aus dem Zwischenbericht

2.1 Ausgangslage

Der Steuerungsausschuss hat am 10. April 2008 für das Teilprojekt die folgenden Ziele festgelegt:

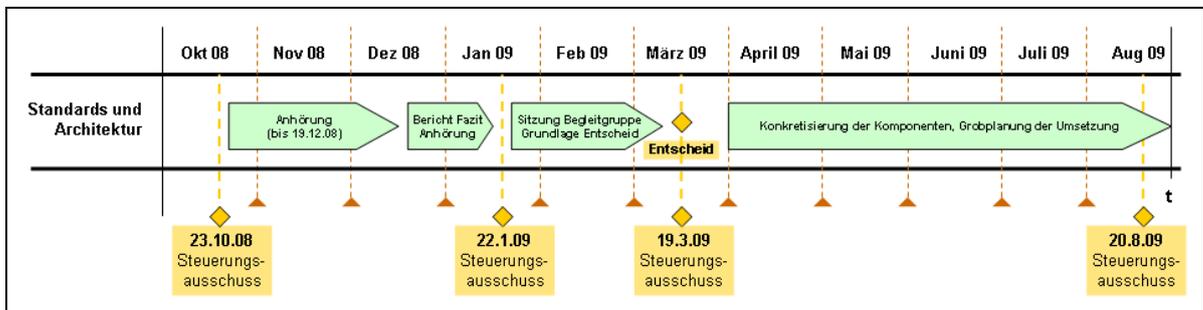
Auftrag an das Teilprojekt

- Erarbeiten einer von den Akteuren im Gesundheitswesen getragenen allgemeingültigen Beschreibung der für eHealth wesentlichen Bausteine und Module sowie deren Beziehungen und Nahtstellen untereinander (Architektur eHealth = Modell der generischen Funktionen);
- Erarbeiten einer konkreten und verbindlichen Definition, mit welchen standardisierten Infrastrukturkomponenten die einzelnen Module der eHealth-Architektur umgesetzt werden sollen (inkl. prioritäre Inhalte und Zuweisung der Zuständigkeit);
- Erarbeiten einer konkreten und verbindlichen Definition der Schnittstellen, wie Informationen zwischen den Modulen ausgetauscht werden (technisch, syntaktisch, semantisch);
- Erarbeiten eines Konzeptes zur nahtlosen Integration heterogener Systeme (allenfalls in Absprache mit Teilprojekt „Koordination Modellversuche und PPP“).

Lieferobjekt des Teilprojektes ist ein Bericht mit folgenden Inhalt:

Lieferobjekte und Zeitplan

- Übersichtsgrafik (Modell) der generischen Funktionen (Architektur eHealth), inklusive Positionierung aller Komponenten der Versichertenkarte und der Online-Dienste;
- Beschreibung der Inhalte und der anzuwendenden Standards für die prioritären Anwendungen;
- Beschreibung eines Verfahrens, wie die notwendigen Komponenten und Standards für eine zu-künftige eHealth-Architektur entwickelt werden sollten (inkl. Zuständigkeiten).



Zeitplan des Teilprojektes „Standards und Architektur“

2.2 Handlungsbedarf

Im Zentrum der Arbeit steht die Ausarbeitung von Empfehlungen für eine eHealth Architektur und von Standards für den Austausch von Daten im Gesundheitswesen. Die Empfehlungen beruhen auf den nachfolgend aufgelisteten Grundsätzen.

Es werden keine neuen technischen Standards geschaffen. Als Grundlage für eine schweizerische Architektur werden in einer ersten Phase geeignete Initiativen und Lösungen im Ausland und insbesondere der EU auf Verwendbarkeit geprüft.

Keine neuen Standards

Architekturkomponenten und Standards sollen offen und flexibel sein, damit ihre Funktionen bei Bedarf erweitert und an neue Gegebenheiten angepasst werden können.

Offenheit und Flexibilität

Eine wichtige Grundlage für die Empfehlung von Architekturen und Standards sind Anwendungsfälle und Prozesse der Leistungserbringer. Es hat sich allerdings gezeigt, dass in der Schweiz – ebenso wie in vielen anderen Ländern - auch die wichtigsten Prozesse nicht standardmässig definiert sind. Da die Arbeitsgruppe wegen des zeitlich engen Rahmens keine Prozessarbeit leisten kann, beschränkt sie sich auf wenige wichtige Hauptprozesse mit modellhaftem Charakter.

Anwendungsfälle, Prozesse

Die Komponenten der Architektur und ihre Ausgestaltung sind zu definieren. Es ist unbestritten, dass Komponenten zur eindeutigen Identifikation der Patienten und Behandelnden benötigt werden.

Identifikation der Patienten und Behandelnden

Das Teilprojekt beschränkt sich in einer ersten Phase auf Empfehlungen zur Standardisierung auf organisatorischer und technischer Ebene und verzichtet auf inhaltliche Vorgaben für die auszutauschenden Dokumente. Es können aber, insbesondere für spezifische Prozesse, wie z.B. die integrierte Medikamentenverordnung, zu strukturierende Elemente identifiziert und dafür (bereits existierende) Standards empfohlen werden.

Keine inhaltliche Standardisierung

Dem Thema Datenschutz und Datensicherheit muss hohe Aufmerksamkeit geschenkt werden. Dies ist nicht zuletzt hinsichtlich einer späteren politisch-gesellschaftlichen Akzeptanz der erarbeiteten Resultate unabdingbar: Gesundheitsdaten sind besonders schützenswerte Daten, die tief in die Privatsphäre des Einzelnen und der Einzelnen eindringen. Anforderungen zum Datenschutz soll in allgemeinen Richtlinien (Policies) für die Datenhaltung festgehalten werden.

Datenschutz und Datensicherheit

Die Architektur soll die Voraussetzungen für die Austauschbarkeit von medizinischen, behandlungsrelevanten Daten schaffen. Es dagegen nicht geplant, den Leistungserbringern Vorgaben für ihre betriebsinterne Abläufe wie beispielsweise Ablagen oder Archivierung zu machen.

keine Vorgaben zu internen Abläufen

Heute bestehende oder geplante Elemente von eHealth wie die Versichertenkarte oder Health Professional Card werden bei den Architekturempfehlungen berücksichtigt.

Bestehende Elemente übernehmen

2.3 Lösungssuche

Gemäss der Vision der Strategie „eHealth“ Schweiz können die Menschen in der Schweiz in Zukunft „im Gesundheitswesen den Fachleuten ihrer Wahl unabhängig von Ort und Zeit relevante Informationen über ihre Person zugänglich machen“. Dieses Angebot soll allen Menschen zur Verfügung stehen und somit nicht zusätzlich bezahlt werden müssen.

Angebot für alle

In einem ersten Schritt werden bis Ende des Jahres 2008 gemäss Ziel A1 der Strategie die Standards definiert für einen elektronischen Auszug behandlungsrelevanter Informationen aus der persönlichen Krankengeschichte“. Dabei sollen nicht die medizinische Dokumentation selbst komplett standardisiert werden. Vielmehr sind die Voraussetzungen für die Austauschbarkeit zu schaffen – also Standards zu empfehlen, die einen Austausch von patientenbezogenen Dokumenten und behandlungsrelevanten Daten ermöglichen.

„Behandlungsrelevante Informationen“ im Vordergrund

Die Austauschbarkeit von behandlungsrelevanten Daten wird zwar auch die internen Abläufe der Akteure beeinflussen. Diese sollen jedoch nicht im Zentrum der Betrachtungen stehen, und es sollen explizit nicht die internen Prozesse und Abläufe bei den Akteuren standardisiert werden. Hingegen braucht es Vorgaben ab jenem Punkt, an dem Ärzte, Apotheker, Spitäler oder Pflegende in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten behandlungsrelevante Informationen für andere Akteure zur Verfügung stellen. Nicht direkt betroffen von diesen Vorgaben sind die betriebsinterne Ablage oder Speicherung sowie die Übertragung in kommerzielle Gesundheitsakten.

Keine Vorgaben zu internen Abläufen

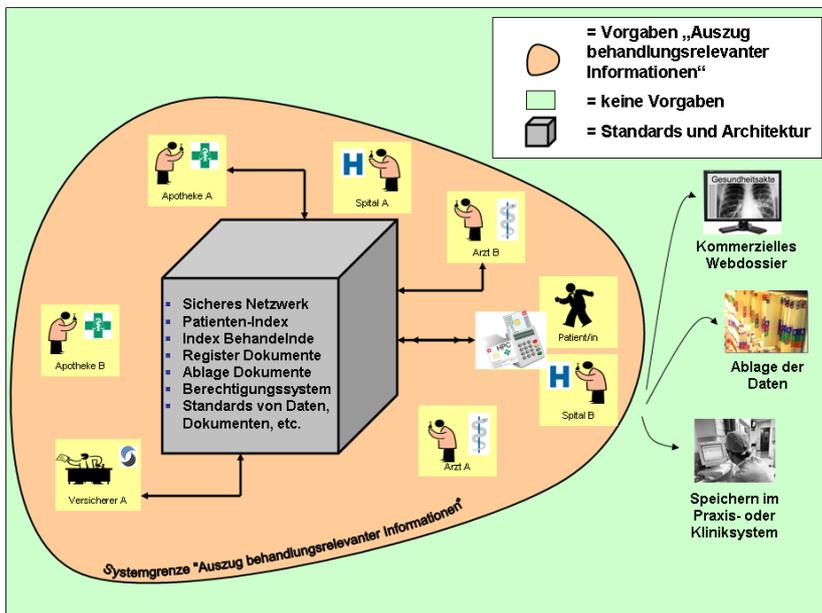


Abbildung 2-1: Systemgrenze „Auszug behandlungsrelevanter Informationen“

Von den häufig genannten eHealth-Prozessen sind innerhalb der Systemgrenze die „eZuweisung“, die „eVerschreibung“ (auch „eMedikation“ und „eRezept“) sowie Daten, welche entweder Bestandteil dieser Prozesse sind oder separat zur Verfügung stehen (z.B. Berichte, Befunde, Laboranalysen, Radiologiebilder, „persönliche Daten“ der Versichertenkarte).

Was gehört dazu?

Zu klären bleibt, inwiefern weitere Prozesse ebenfalls innerhalb der Systemgrenze abgebildet werden können. Dazu gehört die „eAbrechnung“ als Punkt-Punkt-Prozess zwischen Leistungserbringern und Versicherern oder die „eKostengutsprache“ an der Schnittstelle zwischen Medizin und Verwaltung (ärztlicher Dienst und Patientenadministration im Spital, Versicherer sowie Kantone bei ausserkantonalen Behandlungen). Ausserhalb der Systemgrenze sind logistische Prozesse (Lagermanagement, etc.).

Und was gehört (noch) nicht dazu?

2.4 Empfehlungen

Der Inhalt in diesem Kapitel fasst alle Aspekte der Überlegungen zu „Standards und Architektur“ zusammen. Die Herleitungen der Grundsätze, Basiskomponenten der Architektur sowie Standards für die Startphase sind im Zwischenbericht des Teilprojektes „Standards und Architektur“ vom 1. Oktober 2008 enthalten (siehe www.ehealth.admin.ch).

Bemerkung zu diesem Kapitel

Basierend auf den Zielen A1 und A6 der im Sommer 2007 verabschiedeten eHealth-Strategie des Bundes sollen im Teilprojekt 'Standards und Architektur' des Koordinationsorgans eHealth Empfehlungen für eine eHealth Architektur und für den Austausch von Daten im Gesundheitswesen zu verwendende Standards erarbeitet werden. Dafür wurden die heutige Situation in der Schweiz analysiert, sowie eHealth-Initiativen und -Projekte im Ausland ausführlich betrachtet und bewertet. Auf dieser Basis werden Schlussfolgerungen gezogen und erste Empfehlungen für die Schweiz abgeleitet. Es wurde ein iteratives Vorgehen gewählt, d.h. eine zeitlich und inhaltlich gestaffelte Auswahl von Standards vorzunehmen. Dieser Ansatz erlaubt es, die internationalen Entwicklungen auf diesem Gebiet zu berücksichtigen (insbesondere die EU-Aktivitäten).

Schrittweises Vorgehen

Mit zunehmender Spezialisierung und Arbeitsteilung in der Patientenbehandlung sowie der zunehmenden Mobilität der Patientinnen und Patienten wird die Bedeutung des Austauschs von medizinischen, aber auch administrativen Informationen im Gesundheitswesen immer grösser. In der Schweiz geschieht das zu einem relativ hohen Anteil noch auf Basis von „analoger“ Technik wie Papierdokumenten (Fax oder Brief), obwohl die Dokumente zu einem grossen Teil elektronisch erstellt werden. Eines der Probleme ist die fehlende Interoperabilität, welche die optimale Verfügbarkeit der notwendigen Informationen häufig verhindert. Grund dafür ist die fehlende einheitliche Anwendung von Standards auf vielen Ebenen, inhaltlich wie technisch. Standards erhöhen die Interoperabilität:

Warum Standards im Gesundheitswesen?

- Höhere Interoperabilität führt zu höherer Verfügbarkeit;
- Medienbruchfreie Kommunikation führt zu weniger Übertragungsfehlern;
- Höhere Verfügbarkeit und medienbruchfreie Kommunikation führen zu besserer Behandlungsqualität und Effizienz, potentiell auch mit Auswirkungen auf die Kosten.

Das Ziel ist, dass einheitlich angewendete technische Standards Interoperabilität ermöglichen und somit zumindest von technischer Seite die Voraussetzungen für eine optimale Nutzung gesundheitsbezogener Informationen liefern. Für die Industrie sind einheitliche Standards aus Kos-

Interoperabilität dient allen

tensicht interessant, da Entwicklungen für viele Kunden und Projekte wiederverwendet werden können. Anwender und Käufer von Systemen können über Standards eine gewisse Herstellerneutralität erreichen. Durch die bessere Austauschbarkeit von Komponenten verringert sich die Gefahr von Monopolstellungen einzelner Anbieter. Die Investitionen werden damit besser geschützt. Der durch die Anwendung von Standards erleichterte elektronische Datenaustausch im Gesundheitswesen sollte auch als Chance für den mündigen Bürger/Patienten gesehen werden, da dieser auf diese Weise erleichtert Einblick in seine Patientendaten haben und damit seine Eigenverantwortung besser wahrnehmen kann.

Eine Einigung aller Akteure auf einheitliche Grundsätze und Richtlinien („Policies“, „Governance“) ist zentral, da diese Grundsätze grosse Auswirkungen auf die eHealth-Architektur haben. Sie bilden die Basis für wesentliche Architekturentscheide.

Die Bedeutung von Grundsätzen und Richtlinien

Die nachfolgend formulierten Vorschläge basieren auf den folgenden Grundsätzen:

Grundsätze als Basis

- Patientensicherheit: Bei allen Überlegungen muss die Patientensicherheit im Vordergrund stehen. Dementsprechend kommt auch der Datenintegrität und -qualität hohe Bedeutung zu;
- Privatsphäre, Sicherheit und Vertrauen: Jeder Austausch von Gesundheitsdaten oder -informationen, auch als Unterstützung von Gesundheitsdienstleistungen, Forschungstätigkeiten oder Gesundheitsstatistiken, findet in einer durch Vertrauen geprägten Atmosphäre statt und zwar durch Einhalten von entsprechenden Regeln für das Erhalten der Privatsphäre der Patientinnen und Patienten, der Sicherheit, der Vertraulichkeit, Integrität, Nachvollziehbarkeit und durch Einverständniserklärungen;
- Datenschutz und Datensicherheit: Die Umsetzung von Datenschutz- und Datensicherheitsanforderungen sind entscheidend. Die Architektur enthält die notwendigen Elemente zur Sicherstellung eines adäquaten Daten- und Persönlichkeitsschutzes;
- Föderalistischer Ansatz: Die Teilnehmer im Netzwerk verstehen sich als eigenverantwortliche Angehörige eines Verbundes mit rechtsverbindlichen Regeln;
- Offenheit und Transparenz: Die Entwicklungen, Verfahren und Richtlinien im Umgang mit persönlichen Daten liegen offen;
- Zweckbindung: Der Zweck von Sammlungen persönlicher Daten wird zum Zeitpunkt der Sammlung angegeben, und die Verwendung der Daten wird auf diesen Zweck limitiert;
- Informationelle Selbstbestimmung: Die Personen können den Zugang zu ihren persönlichen Gesundheitsinformationen selbst kontrollieren;
- Haftung und Aufsichtspflicht: Die Inhaber der Datensammlungen mit besonders schützenswerten Personendaten sind für die Einhaltung der Vorsichtsmassnahmen verantwortlich und haften für allfällige Schäden;
- Ziel bestimmt Technik: Entscheidungen über die technische Architektur werden durch die generellen Zielsetzungen bestimmt und nicht umgekehrt;

- Minimalprinzip: Ein gemeinsames Rahmenwerk enthält eine minimale Anzahl von Standards und Richtlinien enthalten, die den elektronischen Austausch von Gesundheitsinformation ermöglichen;
- Integration von Bestehendem: Die vorgeschlagenen Modelle für den Austausch von Gesundheitsinformationen berücksichtigen die gegenwärtigen Strukturen im Gesundheitswesen;
- Trennung der Anwendungen vom Netzwerk: Zweck der Kommunikationsinfrastruktur ist der Austausch von Informationen zwischen berechtigten Personen. Zweck der Anwendungen ist die Darstellung und Nutzung der Daten. Die Infrastruktur unterstützt alle Anwendungstypen durch standardisierte Schnittstellen;
- Flexibilität: Jede Hard- oder Software kann für den Austausch von Gesundheitsinformation verwendet werden, solange sie den Anforderungen des gemeinsamen Rahmenwerks genügt. Bereits existierende Standards werden wenn immer möglich genutzt. Eine unveränderte Übernahme oder Anpassung bestehender Standards wird einer Neuentwicklung vorgezogen;
- Dezentrale Strukturen: Dem föderalistischen System der Schweiz entsprechend, ermöglicht die Architektur dezentrale Strukturen, die nach identischen Prinzipien funktionieren;
- Prinzip „Verteilte Datenhaltung und Nutzung“:
 - Gemeinsame Nutzung von Gesundheitsinformationen bedeutet die Verknüpfung bestehender Datenquellen;
 - Gesundheitsinformationen bleiben grundsätzlich bei den Behandelnden, die sie erheben und dokumentieren;
 - Spezifische Informationen werden nur dann weitergegeben, wenn sie für die Behandlung benötigt werden;
 - Für die verteilte Nutzung sind eine zentrale Datenbank oder ein nationaler Patientenidentifikator keine zwingende Voraussetzung;
- Gemeinsames Regelwerk: Verteilte Nutzung erfordert ein gemeinsames Regelwerk.

Aus den Grundsätzen und Richtlinien werden die folgenden wesentlichen Bausteine der Architektur abgeleitet:

- Sicheres Netzwerk: Vernetzung aller Systemteilnehmenden und gesicherte Nachrichtenübermittlung;
- Patienten-Index: Etablieren von dezentralen Patienten-Verzeichnissen zur eindeutigen Identifikation der im Schweizer Gesundheitswesen in Behandlung stehenden Personen auf verschiedenen Ebenen (organisationsbezogen, lokal, regional, international) nach gleichen Prinzipien (Master-Patient-Index-Funktionalität mit verschiedenen Identifikationsmerkmalen);
- Index der Behandelnden: Integration von dezentralen Health Professional-Verzeichnissen zur eindeutigen Identifikation und als Grundlage für die Authentisierung der behandelnden Personen, sowie Indices von Gesundheitseinrichtungen nach gleichen Prinzipien und mit definierten Qualitätsanforderungen. Basierend auf

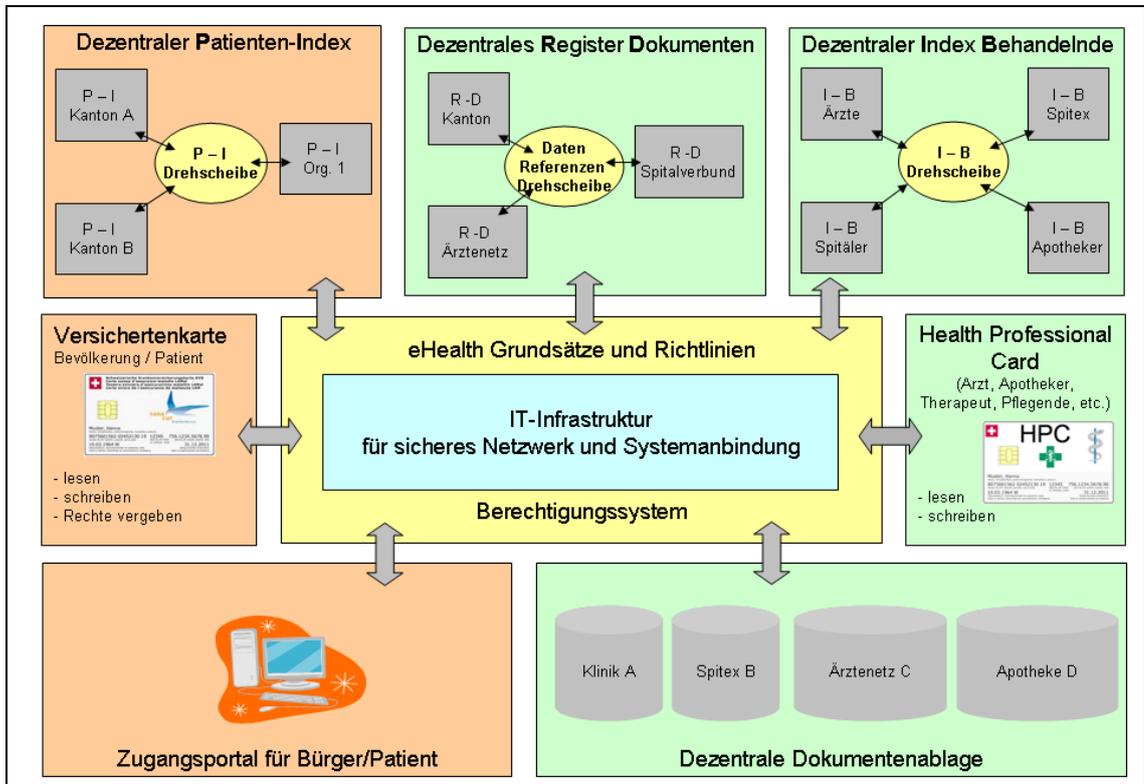
Basiskomponenten der Architektur

diesen Indices ist eine dezentrale Rollenverwaltung gemäss einem national etablierten Rahmenkonzept für Berechtigungen und Rollen anzustreben;

- Register Dokumente: Dezentral organisierte Daten-Register, in denen Verweise auf die behandlungsrelevanten Gesundheitsdaten eines Patienten registriert werden können;
- Ablage Dokumente: Dezentrale Dokumentenablagen bei den Erstellern der Dokumente oder beauftragten Dienstleistern;
- Berechtigungssystem: Zur Sicherstellung des Datenschutzes ist ein generelles rollenbasiertes Berechtigungssystem zu erstellen. Themen wie Protokollierung, Archivierung sowie sinnvoller und kontrollierter Einsatz von Kopien sind zu regeln;
- Zugangportal: Dezentrale Zugriffsmöglichkeit für Patienten für Einsicht in ihre Daten und Dateneinsichtsverwaltung.

Die folgenden Instrumente werden für die Umsetzung der Architekturelemente eingesetzt: Instrumente

- *Versichertenkarte*: Die Schweizer Versichertenkarte als Identifikationsmittel für die Patientinnen und Patienten und als möglicher Datenspeicherort (z. B. Notfalldaten);
- *„Health Professional Card“*: Die neue HPC (Health Professional Card) als Identifikations- und Authentisierungsmittel für Health Professionals.



Basiskomponenten der Architektur „eHealth Schweiz“

Der gesamte eHealth-Interoperabilitätsraum erstreckt sich über drei wesentliche Bereiche, nämlich:

Prioritäre Hauptprozesse

- Klinische Prozesse zwischen Behandelnden;
- Prozesse zur dauerhaften Pflege eines Patientendossiers mit einem zusammenfassenden Auszug aus der Krankengeschichte (continuity of care);
- Administrative Prozesse.

Unter Beachtung der unterschiedlichen Reifegrade der bestehenden Systeme kann eine Interoperabilität nur schrittweise erreicht werden. In einer ersten Phase erfolgt darum eine Konzentration auf den Bereich der klinischen Prozesse zwischen Behandelnden, aus dem vorerst zwei Hauptprozesse prioritär betrachtet werden:

- *Austausch von Informationen entlang einer Behandlungskette:* Zuweisung von Patienten und Rücksendung von Berichten und Befunden entlang des ganzen Behandlungspfades (Hospitalisierung und Austrittsbericht, Verlegung und Verlegungsberichte, Laborauftrag und -befunde, Radiologieauftrag und -Befund, etc.);
- *Integrierte Medikamentenverordnung:* Zusammenführung von Daten vorausgegangener Verordnungen („medication history“) sowie anderer Daten zwecks Interaktions- und Kontraindikationschecks, Dosisanpassungen etc.

Auf Basis der schweizspezifischen Anforderungen und der Betrachtung der erfolgreichen internationalen eHealth-Projekte können folgende Empfehlungen abgeleitet werden:

Empfohlene Standards in der Startphase

Die Standardisierung erfolgt prozessorientiert mit Anwendungsfällen basierend auf der IHE Initiative (Integrating the Healthcare Enterprise, www.ihe.net), insbesondere mit den Integrationsprofilen der Domäne IT-Infrastructure,

- XDS für den Dokumentenaustausch;
- PIX/PDQ für die Patientenidentifikation;
- XUA für die Authentisierung;
- ebXML als Web Service Profil

Voraussetzung dafür sind:

- Eindeutige Identifikatoren (Patienten, Behandelnde, Objekte)
- Klare Definition der Prozesse, bzw. Anwendungsfälle
- Überwachung und Zertifizierung der standardkonformen Umsetzung in Anwendungen
- Integration neuer Standards gemäss „ISO TC215 Technical Report 28380 IHE Global Standards Adoption“.

Für die Entwicklung effektiver, anwendbarer Lösungen muss eine erste Auswahl von Anwendungsfällen getroffen und in Integrationsprofilen definiert werden. Es werden insbesondere die folgenden Inhaltsbereiche unterschieden:

- Klinische Berichte
- Laborbefunde
- Medikamentenverordnung

- Befunde bildgebender Systeme

Für jeden dieser betrachteten Profile müssen in der Folge die Standards festgelegt werden für den Datentransport, die Nachrichtendienste, die Datenstruktur und die verwendete Terminologie.

Im Zeitraum bis März 2009 sind als nächste Schritte beabsichtigt :

Nächste Schritte

- normative Beschreibung der obligatorischen Metadaten eines XDS-Containers für die Registrierung von Dokumenten;
- Strukturierung der Nachrichtenformate klinischer Dokumente orientiert an HL7 CDA;
- Kategorisierung der Dokumente orientiert an Dokumententypen nach ISO-13606;
- Registrierung von CH-spezifischen Referenzsystemen unter einem nationalen OID-Knoten;
- Klärung des Vorgehens zur inhaltlichen Beschreibung klinischer Dokumente unter Bezug weiterer Fachspezialisten.

Es werden verschiedene Begleitmassnahmen zur Umsetzung der technischen Standards empfohlen:

Umsetzung der Startphase

- Akzeptanzförderung bei allen Zielgruppen;
- Schaffung der rechtlichen, organisatorischen und technischen Grundlagen für das Berechtigungsregelwerk auf verschiedenen Ebenen (Bund, Kantone, Patientenverbände, Datenschützer, Leistungserbringer, Kostenträger);
- Technische, organisatorische und finanzielle Detailplanung für die Basiskomponenten, z.B. anhand erster Pilotierungen bei Patienten-Index und Health-Professional-Index.

Der Steuerungsausschuss des Koordinationsorgans eHealth Bund-Kantone empfiehlt allen Akteuren im Sinne des Investitionsschutzes bei zukünftigen Neu- und Ersatzinvestitionen im IT-Bereich die Einhaltung der vom Teilprojekt "Standards und Architektur" empfohlenen technischen Standards im eigenen Verantwortungsbereich sicherzustellen.

Einhaltung der Empfehlungen als Investitionsschutz

3 Stand Teilprojekt „Modellversuche und PPP“

Der Inhalt in diesem Kapitel ist eine Zusammenfassung der wichtigsten Punkte aus dem Zwischenbericht vom 1. Oktober 2008 der Teilprojektgruppe „Modellversuche und PPP“.

Wichtigste Punkte aus dem Zwischenbericht

3.1 Ausgangslage

Der Steuerungsausschuss hat am 10. April 2008 für das Teilprojekt die folgenden Ziele festgelegt:

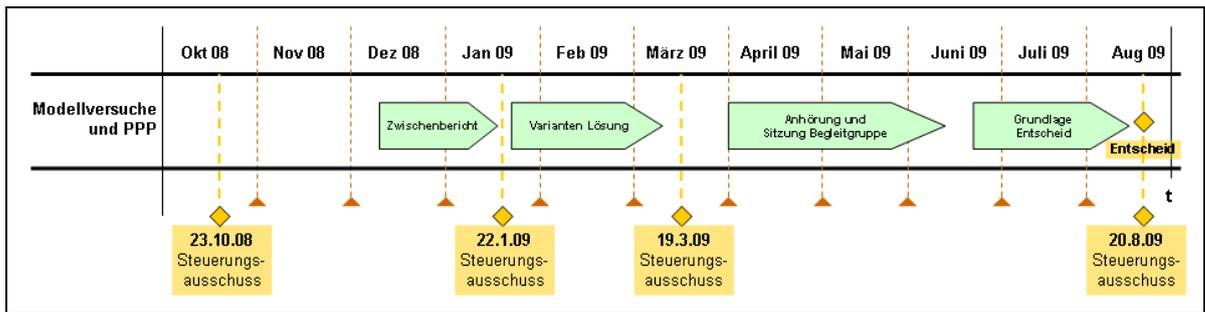
Auftrag an das Teilprojekt

- Erarbeiten von Rahmenbedingungen, welche die spätere Integration von regionalen Modellversuchen in ein nationales Gesamtkonzept (Standards und Architektur) ermöglichen. Dabei sind drei Gruppen von Modellversuchen zu berücksichtigen:
 - Kantonale Modellversuche ohne Versichertenkarte;
 - Kantonale Modellversuche mit Versichertenkarte ab 2009/2010;
 - Modellversuche ohne direkte Beteiligung der öffentlichen Hand (ohne Versichertenkarte);
- Erarbeiten von Empfehlungen für eine PPP in kantonalen Modellversuchen;
- Erarbeiten von Vorschlägen, wie Modellversuche aufgebaut und evaluiert werden sollten, damit Aussagen über das Kosten-Nutzen-Verhältnis möglich sind und die Erkenntnisse damit in die Weiterentwicklung der Strategie eHealth einfließen können;
- Erarbeiten von Vorschlägen, wie das Management für die Integration der Modellversuche in ein nationales Gesamtkonzept aufgebaut werden kann (z.B. Prozessbeschreibung);
- Zusammen mit der Geschäftsstelle eHealth Bund-Kantone sind geeignete Massnahmen zu planen, wie kantonale Modellversuche mit/ohne Versichertenkarte gefördert werden können.

Lieferobjekt des Teilprojektes ist ein Bericht mit folgenden Inhalt:

Lieferobjekte und Zeitplan

- Organisatorische und technische Empfehlungen für Modellversuche (inkl. Zuständigkeiten);
- Empfehlungen für das Integrationsmanagement „Modellversuche → nationale Architektur“ (inkl. Zuständigkeiten);
- Empfehlungen für eine PPP in kantonalen Modellversuchen;
- Empfehlungen für die Evaluation von Modellversuchen;
- Ausblick auf die nächsten Phasen (Was bleibt zu tun? Nächste Schritte?).



Zeitplan des Teilprojektes Modellversuche und PPP“

3.2 Definitionen

Die Begriffe „Pilotprojekt“ und „Modellversuch“ werden immer wieder vermischt. Modellversuche untersuchen die möglichen Ausgestaltungen einer Lösung und deren Akzeptanz und Tauglichkeit in der Praxis. Sie sind zeitlich befristet – mit der Option, den Versuch nach Ablauf der Frist abzurechnen, zu verändern, zu verlängern oder in eine definitive Lösung überzuführen. Wichtig ist jedoch, dass die Modellversuche in ihrer technischen und organisatorischen Ausrichtung wenn möglich so geplant werden, dass die spätere Integration in ein Gesamtsystem ohne oder mit vertretbarem Aufwand möglich ist. Pilotprojekte testen schrittweise die Umsetzung in Richtung einer geplanten Lösung.

„Modellversuch“ und „Pilotprojekt“

Eine Definition liefert Urs Bolz, der PPP als neuen, auf partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit der Privatwirtschaft basierenden Ansatz zur Effizienzsteigerung oder zur gemeinsamen Erfüllung komplexer öffentlicher Aufgaben umschreibt. Gemäss Definition von Schneider/Jost, wird unter PPP „die Erfüllung öffentlicher Aufgaben im Rahmen einer langfristigen gemeinsamen Zusammenarbeit von öffentlichen und privaten Partnern mit einer echten Risikoaufteilung“ verstanden.

„Public Private Partnership“

3.3 Bestandesaufnahme und Lösungssuche

Im Unterschied zu bestimmten Staaten existiert in der Schweiz bislang kein explizites PPP-Gesetz und das Schweizer Obligationenrecht kennt keine spezifische Rechtsform für eine PPP. In einigen Kantonen sind im Verwaltungsrecht spezielle Formen der Zusammenarbeit zwischen Staat und Privatwirtschaft vorgesehen. Nach hier vertretener Ansicht, können die sich bei PPP stellenden Rechtsfragen mit den geltenden öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Bestimmungen ausreichend geregelt werden.

Ausgangslage PPP

Durch das partnerschaftliche Zusammenwirken zwischen Staat und Privatwirtschaft bei der Erledigung öffentlicher Aufgaben - Public Private Partnerships - sollen die Effizienz von bestimmten öffentlichen Vorhaben gesteigert und die Kosten gesenkt werden. Grundsätzlich ist die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe die Voraussetzung, damit eine PPP etabliert werden kann. Sowohl für die öffentliche Hand als auch für die Privatwirtschaft eröffnen sich durch PPPs Chancen. So weisen beispielsweise

Chancen von PPP

PPPs bei der Realisierung und Bewirtschaftung grosser öffentlicher Bauprojekte für beide Seiten ein beträchtliches Potenzial auf. Im Rahmen einer PPP kann der jeweilige Partner gegebenenfalls auch auf zusätzliches Know-how oder wichtige Netzwerke zurückgreifen.

Der Kanton Genf hat den Einsatz eines Private Public Partnership im Projekt "E-toile", dem Aufbau einer Plattform für den elektronischen Austausch eines einzigen Patientendossiers, untersucht. Nach den Abklärungen zum Thema PPP einer interdepartementalen Arbeitsgruppe der kantonalen Verwaltung, hat das Wirtschafts- und Gesundheitsdepartement nun die Gelegenheit für den Einsatz eines Public Private Partnerships für dieses Projekt erkannt. Diese Partnerschaftsform wurde Gegenstand des Vorschlages für eine legislative Bestimmung, die Bestandteil des Gesetzesentwurf "E-toile" (GE 9671) bildete.

PPP im Genfer
eHealth-Projekt

Die dieser Entscheidung vorausgegangenen kantonale Untersuchung ergab, dass die Entwicklung einer eHealth-Lösung viele Aspekte des Private Public Partnerships aufgreift:

- Es sind ergänzende Fähigkeiten des privaten und öffentlichen Sektors nötig;
- Es besteht ein offensichtliches Interesse von seiten des Staates das elektronische Pflegenetzwerk auf wirtschaftliche, strukturierte, effiziente, datenschutzkonforme und dem kollektiven Interesse entsprechende Art und Weise zu organisieren;
- Es wäre politisch schwierig zu rechtfertigen, dass der Staat die Fähigkeiten zur Entwicklung eines sicheren Kommunikations- und Datenaustauschnetzwerks erlangen sollte, während es in der Industrie bereits zweckmässige Produkte gibt;
- Es wäre künftig möglich, solche Dienstleistungen zu kommerzialisieren, so dass die gewinnbringende Nutzung der Investition in Betracht gezogen werden könnte;
- Es muss kein Tenderverfahren ausgeführt werden, da es weder einen öffentlichen Auftrag noch ein Monopol gibt. Dagegen gibt es ein klares, gemeinsames Ziel - ein wesentlicher Bestandteil einer PPP;
- Es gibt eine gesunde Aufteilung der Risiken zwischen dem privaten und öffentlichen Sektor.
- Aufgrund dieser Erfahrung ist es zum heutigen Zeitpunkt schwer, sich die Entwicklung solcher eHealth-Dienstleistungen ohne PPP vorzustellen. In einem solchen Fall wären entweder grössere, staatliche Investitionen nötig oder private Lieferanten müssten sich an sehr restriktive Regeln halten (Standards, Vernetzungen, Datenschutzregeln, etc.), die zurzeit noch niemand richtig definieren kann.
- Eine gesetzliche Grundlage ist nötig.
- Die juristische Form ist vom eHealth Projekt abhängig.
- Die Rolle des Staates muss im Rahmen einer lebensfähigen, wirtschaftlichen Lösung für die privaten Partner definiert werden.

Fazit Projekt E-toile
Genf

Im Zusammenhang mit PPPs und daraus resultierenden Pilotprojekten stellt sich die Frage, ob und wann Aufträge dem Submissionsrecht unterstehen und daher öffentlich ausgeschrieben werden müssen. Als Grundsatz gilt, dass Beschaffungen von Bauaufträgen, Lieferverträgen oder Dienstleistungsaufträgen, welche der Erfüllung öffentlicher Aufgaben dienen, grundsätzlich öffentlich auszuschreiben sind. Die Verfahrensart (z.B. selektives Verfahren) richtet sich nach Auftragsart und gesetzlichen Schwellenwerten.

Öffentliche Beschaffung?

Nach Ansicht des Bundesgerichts (BGE 125 I 209) liegt eine öffentliche Beschaffung nur dann vor, wenn der Staat als Abnehmer von Sachen oder Dienstleistungen auftritt und im Gegenzug dafür ein Entgelt leistet. Wird also die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe ohne Entgelt an die Privatwirtschaft übertragen, so handelt es sich nicht um eine öffentliche Beschaffung (z. B. Mensabetrieb an einer Universität). Mit Hilfe von Modellversuchen oder Pilotprojekten sollen neue Abläufe oder Technologien erprobt werden, der Staat tritt in der Regel nicht als Abnehmer im Sinne des Submissionsrechts auf. Somit gelten Pilotprojekte im Normalfall nicht als öffentliche Beschaffungen.

Aufgrund der unterschiedlichen und komplexen Ausgestaltungsmöglichkeiten von Modellversuchen / Pilotprojekten und PPPs ist im konkreten Einzelfall eine sorgfältige Prüfung im Lichte des Beschaffungsrechts notwendig (nach Möglichkeit unter Einbezug der zuständigen Fachbehörde).

Beurteilung im Einzelfall sinnvoll

Im Rahmen der Arbeiten im Teilprojekt „Modellversuche und PPP“ wurde im April 2008 eine Umfrage bei den Kantonen durchgeführt über bestehende oder geplante Modellversuche im Bereich eHealth (mit oder ohne Versichertenkarte). Zudem lud das BAG die kantonalen Gesundheitsdirektionen zu einem Informationsanlass ein über die Möglichkeit Modellversuchen in den Kantonen mit der Versichertenkarte.

Umfrage und Infoanlass

Auf die Umfrage und den Informationsanlass haben sehr unterschiedliche Verwaltungszweige aus den Gesundheitsdirektionen geantwortet (Direktionssekretariate, Kantonsärzte, Spitalämter, etc.). Ein gemeinsames Verständnis über die Positionierung des Themas „eHealth“ ist nicht erkennbar. Erst wenige Kantone haben „eHealth“ als festes Thema verankert und organisatorisch zugeteilt. Das Verständnis über „eHealth“ und dessen Potential ist in vielen Kantonen ausbaubar.

eHealth ist in den Kantonen noch nicht etabliert

In einer zweiten Umfrage unter dem Titel wurden 23 Adressaten schriftlich und teilweise mündlich nach fördernden und bremsenden Faktoren für eHealth-Projekte befragt. Die 23 Adressaten der Umfrage lassen sich wie folgt typologisieren:

Zweite Umfrage zum fördernden und bremsenden Faktoren

- Universitätsspitäler (funktional hochdifferenzierte institutionelle Leistungserbringer);
- Regionale Spitalzentren und Spitalverbände (funktional differenzierte institutionelle Leistungserbringer);
- Hausärzte (individuelle Leistungserbringer).

Als Fazit der Umfrage wurden die folgenden motivierenden Faktoren erkannt:

Wichtigste eHealth-Motivatoren

- „*Awareness*“: Der potentielle Nutzen von eHealth ist bei allen Akteurguppen ein dominantes Thema ist. Dies ist als erfreuliche Tatsache zu deuten: Eine gewisse Awareness bezüglich des Nutzens von eHealth-Instrumenten ist bei allen Akteurguppen vorhanden;
- „*Finanzielle Anreize*“: Als zentralstes Thema werden finanzielle Anreizaspekte wahrgenommen: Sind sie vorhanden, wird eHealth williger eingeführt. Sind sie nicht vorhanden wie im aktuellen Status quo, versperren sie den Weg zum grösser dimensionierten eHealth-Einsatz;
- *Datenhoheit und Datenschutz*: Bei allen drei Akteurguppen tritt das Thema Datenhoheit / Datenschutz als zentraler Faktor auf: Die institutionenübergreifende elektronische Kommunikation öffnet eine Vielzahl von Türen zu bedeutenden Effizienzsteigerungen. Gemäss den befragten Akteuren ist die Klärung der offenen Datenschutzfragen von grosser Wichtigkeit.

Als Fazit der Umfrage wurden die folgenden bremsenden Faktoren erkannt:

Wichtigste eHealth-Bremsen

- *Anreize*: Als Hauptbremse wird das Fehlen systemimmanenter materieller Anreizmechanismen angesehen: Innovation lohnt sich nicht. Die grossen notwendigen Investitionen scheinen das Betriebsbudget der Institutionen zu überfordern.
- *Standards*: Ebenso wird das Fehlen technischer Standards als Bremse gesehen. Gleiches gilt es zu fehlenden, übergreifenden eHealth-Konzepten zu sagen.
- *Datenschutz*: "Kleinere" Akteure (Hausärzte; regionale Spitalzentren bzw. -verbände) sehen die Datenschutzproblematik als eHealth-bremsenden Faktor.

Es fehlend die finanziellen Anreize. Ein Mitmachen bei Modellversuchen bringe auch Bedarf an Prozessanpassungen u.a. mit sich, und dies sei alles über das Betriebsbudget zu finanzieren;

Interesse an Modellversuchen

- *Finanzielle Anreize*: Es fehlend die finanziellen Anreize. Ein Mitmachen bei Modellversuchen bringe auch Bedarf an Prozessanpassungen u.a. mit sich, und dies sei alles über das Betriebsbudget zu finanzieren;
- *Abhängigkeit*: Es herrscht eine Angst vor der Abhängigkeit gegenüber IT-Firmen (proprietäre Produkte);
- *Umbau interner Systeme*: Grössere Institutionen sind im Moment mit der Einführung von internen Klinikinformationssystemen beschäftigt. Der Tenor ist: Man müsse sich erst intern rüsten, bevor man gegen aussen elektronische Netzwerke bauen könne;
- *Datenschutz*: Bei Hausärzten herrscht ein Respekt vor Datenschutzfragen vor;
- *Guidelines*: Generell wird das Fehlen standesorganisatorischer Guidelines (Implementationshilfen) bemängelt;

- *Schlechte Erfahrungen:* Für Hausärzte brauchen Innovationen stets einen Anreiz. Man habe aber schlechte Erfahrungen mit Neuerungen gemacht (Tarmed-Einführung, aktuell: HPC).

In einem umfassenden Bericht wurden relevante Projekte im Ausland zusammengetragen und grob strukturiert (Anhang zum Bericht des Teilprojektes). Es ist das erklärte Ziel der Arbeitsgruppe „Modellversuche und PPP“, die Übersicht laufend zu ergänzen und detaillieren. Sie schlägt deshalb auch vor, den Blick in Ausland zu institutionalisieren, um an den Erfahrungen anderer Länder partizipieren zu können, aber auch, um die Interoperabilität unserer Lösungen mit den Nachbarstaaten sicherzustellen.

Abklärungen Ausland

Art. 16 Abs. 1 der Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK) regelt die erweiterte Nutzung der Versichertenkarte im Rahmen von Modellversuchen folgendermassen (siehe auch Anhang 4: Modellversuche mit Versichertenkarte):

Rechtlicher Rahmen für Modellversuche mit Versichertenkarte

„Im Rahmen von kantonalen Modellversuchen im Gesundheitsbereich ist die erweiterte Nutzung der Versichertenkarte über den Zweck von Artikel 42a Absatz 2 KVG und über die Nutzungsmöglichkeiten nach Artikel 42a Absatz 4 KVG hinaus möglich, sofern dies im kantonalen Recht vorgesehen ist. Die Funktion der Versichertenkarte nach Artikel 42a Absätze 1-3 KVG muss gewährleistet werden.“

Die Durchführung von Pilotprojekten und Modellversuchen im Bereich eHealth/Telemedizin erfordert eine explizite gesetzliche Grundlage auf Kantonsebene. Die Grundsätze müssten in einem Gesetz im formellen Sinn verankert werden. Die Ausführungsregelungen (Details) sollten hingegen, insbesondere aufgrund der raschen technischen Entwicklung, auf Verordnungsstufe geregelt werden. Dieses Vorgehen ist in demokratischer Hinsicht unbedenklich, da die Politik bei konkreten Modellversuchen / Pilotprojekten durch den jeweiligen Ausgabenbeschluss mitbestimmen kann. Weiter sind bezüglich der Durchführung von Modellversuchen oder Pilotprojekten die Regelungen im Bereich Datenschutz zu beachten.

Grundsatz im Gesetz, Details auf Stufe der Verordnung

3.4 Lösungssuche

Im Zusammenhang mit PPPs und daraus resultierenden Pilotprojekten stellt sich die Frage, ob und wann Aufträge dem Submissionsrecht unterstehen und daher öffentlich ausgeschrieben werden müssen. Nach Ansicht des Bundesgerichts (BGE 125 I 209) liegt eine öffentliche Beschaffung nur dann vor, wenn der Staat als Abnehmer von Sachen oder Dienstleistungen auftritt und im Gegenzug dafür ein Entgelt leistet.

PPPs und Submissionsrecht

Art. 16 Abs. 1 der Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK) regelt die erweiterte Nutzung der Versichertenkarte im Rahmen von Modellversuchen folgendermassen: „Im Rahmen von kantonalen Modellversuchen im Gesundheitsbereich ist die erweiterte Nutzung der Versichertenkarte über den Zweck von Artikel 42a Absatz 2 KVG und über die Nutzungsmöglichkeiten nach Artikel 42a Absatz 4 KVG hinaus möglich, sofern dies im kantonalen Recht vorgesehen ist. Die Funktion der Versichertenkarte nach Artikel

Gesetzliche Grundlagen

42a Absätze 1-3 KVG muss gewährleistet werden.“ Die Durchführung von Pilotprojekten und Modellversuchen im Bereich eHealth/Telemedizin erfordert deshalb eine explizite gesetzliche Grundlage auf Kantonsebene. Die Grundsätze müssten in einem Gesetz im formellen Sinn verankert werden. Die Ausführungsregelungen (Details) sollten hingegen, insbesondere aufgrund der raschen technischen Entwicklung, auf Verordnungsstufe geregelt werden.

3.5 Empfehlungen

Aus Sicht des Teilprojektes Modellversuche und PPP ist Projekten der Vorrang zu geben, die

- eine längerfristige Optik haben;
- einen konkreten Nutzen aufweisen;
- sich in ähnlicher Form mehrfach multiplizieren lassen.

Aufgrund dieser Überlegungen ist Pilotprojekten der Vorrang vor Modellversuchen zu geben. Aus Sicht der Investoren sind Aufwand und Ertrag bei zeitlich befristeten Modellversuchen unklar, weil der Innovationscharakter im Vordergrund steht und der spätere konkrete Einsatz offen ist. Diese Unsicherheit erschwert die Finanzierbarkeit von Modellversuchen und vielfach fehlt ein Business Case. Das Teilprojekt zieht konkrete Pilotprojekte vor, da Aufwand und Ertrag besser abschätzbar sind. Die fehlenden eHealth-Rechtsgrundlagen auf kantonaler Ebene sind ein akutes Hindernis für Pilotprojekte und Modellversuche.

Damit eine spätere Integration in ein Gesamtsystem mit vertretbarem Aufwand möglich ist, sind bei Modellversuchen und bei Pilotprojekten nationale und kantonale technische Vorgaben zu berücksichtigen (z.B. die technischen Empfehlungen des Teilprojektes Standards und Architektur, falls diese genügend breit abgestützt sind).

Generell ist für den Einsatz von eHealth eine kantonale Rechtsgrundlage zu schaffen (Mustertext: siehe unten). Lösungen ohne explizite gesetzliche Grundlagen sind u.a. aus Datenschutzüberlegungen und aus unklaren Haftungsgründen abzulehnen. Die Rechtsgrundlage kann in einer ersten Phase abstrakt gehalten werden. Die entsprechenden Ausführungsregelungen werden in einer späteren Phase auf Verordnungsstufe geregelt.

Die Verwendung der Versichertenkarte in kantonalen Modellversuchen im Bereich eHealth/Telemedizin erfordert aufgrund der Bestimmungen des Art. 16 der Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (SR 832.105) eine explizite Regelung im kantonalen Recht. Das Teilprojekt ist jedoch der Meinung, dass eine gesetzliche Grundlage aufgrund des Datenschutzes sowie der Persönlichkeitsrechte auch für weitere Modellversuche / Pilotprojekte notwendig ist.

Bei den nachfolgenden Beispielen aus den Kantonen Basel-Stadt und Bern handelt es sich um im Rahmen der kantonalen Vernehmlassungen eingereichte Vorschläge, welche aktuell noch nicht genehmigt worden sind. Die beiden unterschiedlichen Vorschläge zeigen jedoch auf, wie ein entsprechender Passus im kantonalen Recht formuliert werden könnte.

Projekte mit längerfristiger Optik

Empfehlungen Standards und Architektur berücksichtigen

Kantonale Rechtsgrundlagen schaffen

Hinweis in Verordnung zur Versichertenkarte

Mustertext für kantonales Gesetz...

Der Vorschlag des Kantons Basel-Stadt ist allgemein gehalten, die Regelung der Details erfolgt in einer späteren Phase auf Verordnungsstufe.

... am Beispiel Kanton Basel-Stadt

„Neu eingeführte Technologien oder Anwendungsformen im Bereich e-Health/Telemedizin können vorab in Pilotprojekten bzw. Modellversuchen erprobt werden. Dabei sind die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der kantonalen Datenschutzgesetze zwingend einzuhalten.“

Bezüglich der Durchführung von Modellversuchen oder Pilotprojekten sind die Regelungen im Bereich Datenschutz zu beachten. Im Kanton Basel-Stadt ist dies beispielsweise § 18 des Datenschutzgesetzes. Gemäss dieser seit 1. Juni 2008 in Kraft gesetzten Bestimmung, müssen bestimmte Arten der Bearbeitung von Personendaten der Aufsichtsstelle (Datenschutzbeauftragter) vorab zur Kontrolle vorgelegt werden:

§ 18 Datenschutzgesetz: „Wenn eine Bearbeitung von Personendaten aufgrund der Art der Bearbeitung oder der zu bearbeitenden Daten geeignet ist, besondere Risiken für die Rechte und Freiheit der betroffenen Personen mit sich zu bringen, muss diese Bearbeitung vorab der Aufsichtsstelle zur Kontrolle vorgelegt werden“

Der Vorschlag nimmt Bezug auf den entsprechenden Art. 16 der Verordnung vom 14. Februar 2007 über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK) und lautet wie folgt:

... am Beispiel Kanton Bern

1 Zur Erprobung von neuen Technologien und Anwendungen in den Bereichen eHealth und Telemedizin können kantonale Pilotprojekte bzw. Modellversuche geführt werden. Dabei sind die kantonalen Datenschutzbestimmungen zwingend einzuhalten.

2 Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten zur Umsetzung der kantonalen Pilotprojekte bzw. Modellversuche. Wird die nationale Versichertenkarte gemäss Art. 42a KVG eingesetzt, muss er insbesondere:

- a) den Rahmen und den Zweck des Versuchs festlegen;*
- b) eine zeitliche Befristung des Versuchs festlegen;*
- c) das zuständige kantonale Organ bezeichnen;*
- d) die Freiwilligkeit der Teilnahme der Versicherten und der Leistungserbringer gewährleisten;*
- e) die im Rahmen des Versuchs bearbeiteten Personendaten festlegen;*
- f) die Zugriffsrechte auf Personendaten regeln.*

Es existieren im Gesundheitswesen nur wenige Konstellationen, in denen der Kanton Auftraggeber/Besteller ist. Die Voraussetzungen zur Schaffung von Public-Private-Partnership sind damit in der Regel nicht gegeben. Es ist somit eine Kooperationsform zu finden, welche den konkreten Möglichkeiten und Bedürfnissen der Partner gerecht wird.

PPP in der Regel nicht geeignet

Denkbar wäre eine PPP-Konstellation beispielsweise bei Kantonen, in welchen die öffentlichen Spitäler noch immer Teil der kantonalen Verwaltung sind, was nur noch selten der Fall ist. PPP sind auch möglich, wenn ein Kanton einen konkreten gesetzlichen Auftrag wahrnimmt (z. B. im Bereich Public Health, Epidemienchutz, Gesundheitsprävention etc.). Möglich ist eine PPP zudem auch, wenn für die spezielle Aufgabe eine gesetzliche Grundlagen vorhanden ist (vgl. Beispiel Genf). Den Kantonen kommt auch eine wichtige Rolle zu, wenn keine PPP-Konstellationen vorhanden sind. Aufgrund ihrer Aufsicht über das Gesundheitswesen

Konkrete PPP-Modelle aber möglich

(Patientenschutz, Qualitätssicherung, Bewilligungen etc.) müssen die Kantone die Rolle eines Garanten für die gesundheitspolitische Stabilität während eines laufenden Projekts übernehmen.

Da der Staat in der Regel nicht als Abnehmer im Sinne des Submissionsrechts auftritt, unterliegen Pilotprojekte und Modellversuche nicht dem öffentlichen Beschaffungswesen.

Für die Etablierung von Modellversuchen und Pilotprojekten muss die Frage des Auftraggebers geklärt werden, weil diese Aufträge nicht dem öffentlichen Beschaffungswesen unterliegen. Zu prüfen ist, ob die öffentliche Hand als Co-Investor auftreten soll, um eHealth in der Schweiz vorwärts zu bringen. Dafür wären gesetzliche Grundlagen und Budgetanträge notwendig.

Aus heutiger Sicht dürfte der Dienstleistungsauftrag für eHealth-Projekte weder dem Vergaberecht des Bundes noch dem der Kantone unterstellt sein. Unter öffentlichem Beschaffungswesen ist der rechtsgeschäftliche Erwerb von Mitteln durch den Staat zu verstehen, welche dieser zu seiner Aufgabenerfüllung benötigt. Leistungserbringer ist in der Regel nicht der Kanton.

Die Zuständigkeiten für das Thema „eHealth“ soll innerhalb der kantonalen Verwaltung festgelegt werden. Die zuständige/n Person/en sollen mit Ressourcen und einem Pflichtenheft ausgestattet werden. Im Idealfall ist sie im nahen Umfeld des Gesundheitsdirektors tätig und hat gute Kontakte zu den Leistungserbringern. Alle Kantone sollen zusammen mit den betroffenen Akteuren eine gemeinsame eHealth-Strategie ausarbeiten, die sich an den nationalen Leitplanken orientiert.

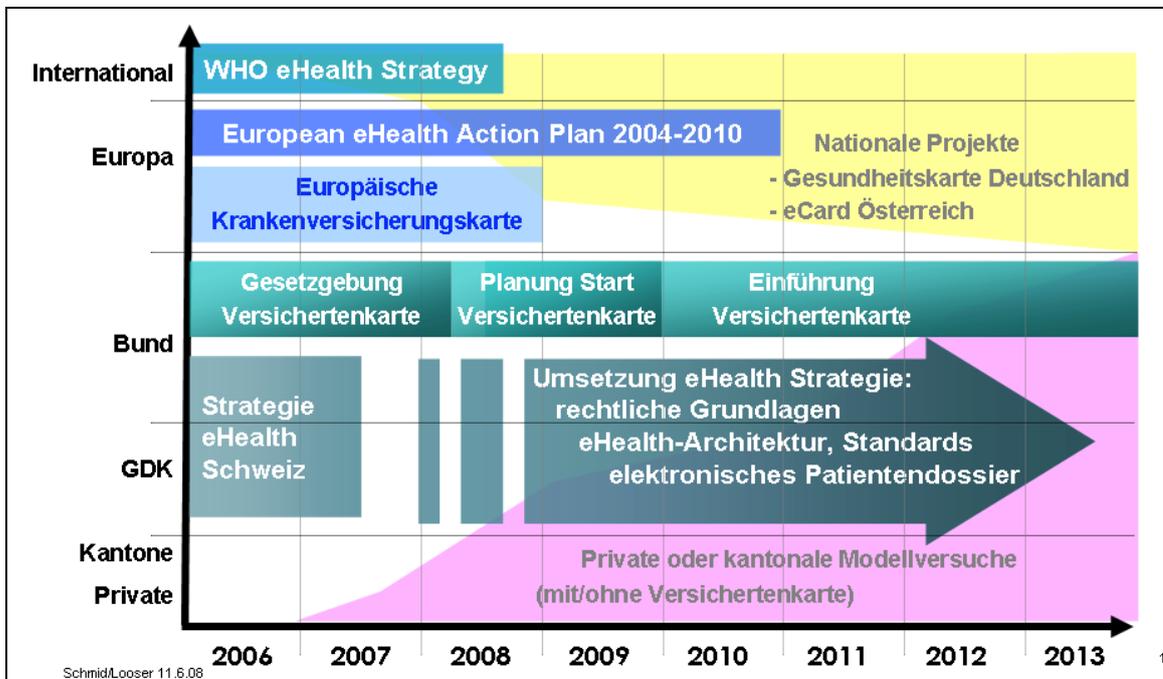
Die folgende Übersicht zeigt, wie eHealth national und international zusammenwachsen kann.

In der Regel keine öffentliche Beschaffung

Auftraggeber festlegen und öffentliche Finanzierung prüfen

Beschaffungsrecht nicht tangiert

Kantonale Zuständigkeiten schaffen



eHealth-Initiativen auf mehreren Ebenen

eHealth im Allgemeinen und Pilotprojekte brauchen eine politische Verankerung. Mit der Umsetzung der eHealth-Strategie haben das Departement des Innern (EDI), das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) die Sensibilisierung für eHealth vorangetrieben. Obwohl die Steuerung des Gesundheitswesens idealerweise von den Behörden wahrgenommen wird, fehlt eHealth trotz des hohen Potentials für Verbesserungen in vielen Kantonen auf der Traktandenliste. Zudem kann auch auf Bundesebene (Parlament) eine derzeit ungenügende Sensibilisierung festgestellt werden. Einbezogen werden müssen

- Nationale und kantonale Politiker / Gesundheitsdirektoren / Behörden;
- Leistungserbringer;
- Kostenträger;
- Verbände im Gesundheitswesen.

Verankerung und Sensibilisierung

Aufgrund der aus der Umfrage bei den Ärzten und Spitalern gewonnenen Erkenntnisse ergeben sich für das Projekt folgende Empfehlungen:

- *Anreize*: Es sind für Leistungserbringer intelligente materielle Anreize zu diskutieren, welche die Einführung von eHealth systemisch befördern (Innovationsbelohnung, Aufwandentschädigung). Die materielle Anreizproblematik gilt auch in Bezug auf Modellversuche im eHealth-Bereich.
- *Nutzen belegen und kommunizieren*: Der potentielle Nutzen von eHealth muss weiter ausgearbeitet und stetig zielgruppengerecht kommuniziert werden.
- *Wissen zielgruppengerecht teilen*: Es muss über ständige Kommunikationsarbeit das Wissen zielgruppengerecht gestreut werden, dass bereits heute technische und organisatorische Mittel existieren, mit denen auch im Gesundheitsbereich in elektronischen Applikationen der Datenschutz und die Datensicherheit rechtskonform abgesichert werden können.

Empfehlungen für das Gesamtprojekte

4 Stand Teilprojekt „Online-Dienste und Befähigung“

Der Inhalt in diesem Kapitel ist eine Zusammenfassung der wichtigsten Punkte aus dem Zwischenbericht vom 1. Oktober 2008 der Teilprojektgruppe „Online-Dienste und Befähigung“.

Wichtigste Punkte aus dem Zwischenbericht

4.1 Ausgangslage

Der Steuerungsausschuss hat am 10. April 2008 für das Teilprojekt die folgenden Ziele festgelegt:

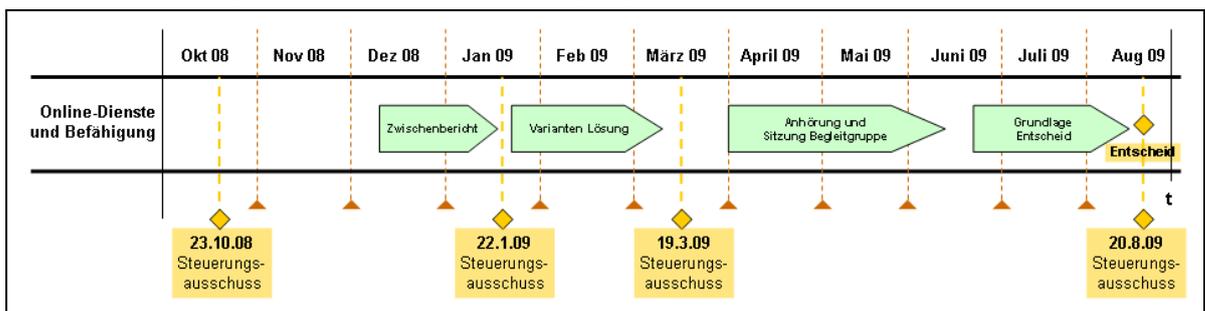
Auftrag an das Teilprojekt

- Erarbeiten von Empfehlungen für Qualitätsstandards von Gesundheitsinformationen (Evaluation bestehender Modelle und allenfalls neuer Ansätze);
- Klären der Zuständigkeiten für den Aufbau und den Betrieb eines „Gesundheitsportals“ (inkl. allenfalls notwendige rechtliche Grundlagen);
- Erarbeiten von realisierbaren Varianten eines „Gesundheitsportals“ (Grobkonzept inkl. Vorgehen Aufbau, Betrieb, Kosten, Finanzierung);
- Beschreibung der Verbindung zwischen Portal und Patientendossier (Positionierung in der Architektur eHealth);
- Erarbeiten von allgemeinen Empfehlungen im Umgang mit der Dauerziel „Befähigung der Menschen“ (Gesundheitskompetenz).

Lieferobjekt des Teilprojektes ist ein Bericht mit folgenden Inhalt:

Lieferobjekte und Zeitplan

- Analyse von möglichen Instrumenten der Qualitätssicherung von Online-Informationen (Situationsanalyse, Beschreibung Handlungsbedarf, Lösungssuche);
- Realisierbare Varianten „Gesundheitsportal“ (Grobkonzept mit Positionierung in der Architektur eHealth);
- Empfehlungen zum Themenfeld „Befähigung der Menschen“.



Zeitplan des Teilprojektes „Online-Dienste und Befähigung“

4.2 Analyse der Situation

Im Rahmen des Teilprojektes werden etliche Begriffe häufig gebraucht, die hier definiert werden sollen.

Definitionen

- *Gesundheitsportal*: Zentraler Einstieg in die Informationswelt des Internets. Über das Portal werden alle relevanten Themen im Gesundheitsbereich angesprochen, behandelt und verlinkt. Optional ist das Aufschalten zusätzlicher zur Verfügung gestellter Dienstleistungen;
- *eHealth Portal/Serviceportal*: Zentraler und persönlicher Einstieg (Single Point of Access) in die Informationswelt des Internets, von dem aus Verbindungen zu den relevanten eHealth-Informationen und -Dienstleistungen hergestellt werden (Links zu eHealth-Themen und zum persönlichen elektronischen Patientendossier);
- *Medizinisches Informationsportal*: Zentraler Einstieg in die Informationswelt des Internets, wo Informationen im Bereich Medizin (Krankheiten und deren Behandlungen) angeboten werden;
- *Gesundheitsinformationen*: Informationen zu allen Themengebieten rund um die Gesundheit;
- *Online-Dienste*: Dienstleistungen, welche über das Internet zur Verfügung gestellt werden. Diese können auf den jeweiligen Nutzer abgestimmt sein (eingeschränkte Themenkreise pro Benutzer, Beratungen etc.);
- *Medienkompetenz*: Die Befähigung, mit den zur Verfügung stehenden (elektronischen) Medien und ihren Inhalten umgehen zu können, sie zur Informationssuche und Meinungsbildung einzusetzen, die Informationen kritisch auf ihre Qualität und Vertrauenswürdigkeit hin zu bewerten und situativ richtige Entscheidungen für einen sicherheitsbezogenen Umgang mit den persönlichen Daten zu fällen;
- *Gesundheitskompetenz*: Die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene. Gesundheitskompetenz ermächtigt Personen zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich ihrer Gesundheit. Sie verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.“

Um die Arbeit in spezifische Portionen zu unterteilen wurden drei Stränge definiert. Jeder Strang wird von einem Team aus der Kerngruppe vertieft bearbeitet.

Drei Stränge

- Qualität;
- Online-Dienste, Portale;
- Befähigung.

In einem Hearing wurden drei verschiedene Qualitätssicherungsmethoden begutachtet. Die Qualitätssicherung bezieht sich auf unterschiedliche Aspekte (medizinische Inhalte, technische Struktur, etc.) Eine extern in Auftrag gegebene Studie kommt zusammenfassend zum Schluss, dass die Schweiz mit dem HON Code (Health on the Net) über ein international anerkanntes Qualitätslabel verfügt, das sich jedoch vor allem für Gesundheitsinformationsseiten eignet.

Drei Qualitätsstandards näher geprüft

In der Schweiz sind noch relativ wenig offizielle Websites durch HON zertifiziert. Es sind dies z. B. Gesundheit und Soziales, Kanton St. Gallen, Ville de Lausanne Service de Santé des Ecoles, Gesundheitsförderung Schweiz. Zählt man den internationalen Bereich dazu, so hat HON jedoch bereits mehr als 6400 Websites zertifiziert. Zertifizierungen erfolgen auf Deutsch, Italienisch, Französisch, Englisch und Spanisch. Aus diesen Gründen wurde HON auch als Kooperationspartner für die Zertifizierungen in Frankreich gewählt.

HON international gut etabliert

Die Aussagefähigkeit bezüglich der Qualität von internetbasierten Gesundheitsservices ist eingeschränkt. Für die Zertifizierung von medizinischen Online-Beratungen, Krankenversicherungsportalen oder Versandapotheken braucht es einen Zertifizierungsprozess mit einem tiefer gehenden Audit, wie dies die Qualitätslabels „afgis“ und „SHQA“ anbieten. Es ist sehr gut vorstellbar, dass das Führen von zwei oder mehr Labels gängige Praxis wird.

Eventuell Kombination von Labels

Im Vordergrund steht die Frage, was der minimale Anforderungskatalog für die Zertifizierung eines Portals wäre. Die Mitglieder der Teilprojektgruppe empfehlen:

Zertifizierung eines Portals

- Nutzen für die Zielgruppe;
- Tragbare Kosten;
- Anwendbarkeit;
- Inhaltliche Bewertung;
- Mehrsprachigkeit;
- Eignung für verschiedene Zielgruppen (Laien, Journalisten, Fachgruppen usw.).

Was die Qualität von Gesundheitsinformationen betrifft, sind wichtige Kriterien:

Qualität von Gesundheitsinformationen

- Evidenzbasiert;
- Aktuell;
- Laienverständlich;
- Auch für Fachleute geeignet.

In Bezug auf ein Online-Portal stellt sich die Frage, welche Informationen und Dienstleistungen in welchem Umfang auf welcher Plattform für welche Zielgruppen zur Verfügung gestellt werden soll? Das Schweizer Gesundheitswesen unterscheidet sich zwar in Bezug auf die strukturelle Organisation und die Prozesse zum Teil stark von den Gesundheitsbereichen in anderen Ländern, aber im Bereich eHealth muss das Rad nicht neu erfunden werden.

Portale im Inland- und Ausland

Im Ausland bestehen bereits Gesundheitsportal-Lösungen, die als Vorbilder dienen können:

- Australien: <http://www.healthinsite.gov.au/> Möglichkeit persönliche Profile zu hinterlegen;
- Frankreich: <http://www.sante.fr> öffentlicher und geschlossener Bereich.
- Florida (USA): <http://www.floridahealthfinder.gov> Informationen über Gesundheit und Krankheit in verschiedenster Form

In der Schweiz ist zwischen öffentlichen und privaten Trägern von Gesundheitsinformationen zu unterscheiden, wobei sich die öffentlichen Träger eher auf die Gesundheitspolitik und den Zugang zu Leistungen, Organisationen und Programmen beschränken. Ein paar Beispiele aus der Schweiz:

- www.health.ch
- www.doktor.ch
- www.medsana.ch
- www.sprechzimmer.ch
- www.tellmed.ch
- www.bag.admin.ch
- www.health4life.ch
- www.sg.ch/home/gesundheit.html
- www.santeromande.ch

Der Zugriff auf das Patientendossier über ein Portal stellt uns vor einige Herausforderungen; diese sind nicht nur technischer, sondern auch psychologischer Art. Ist das Patientendossier in der Kompetenz des „Inhabers“ oder in der Kompetenz des Health Professionals? Es müssen vermutlich parallele Werkzeuge geschaffen werden, damit beide Seiten ihre Verantwortung wahrnehmen können. Laut Experten ist das auch im Ausland noch nicht definitiv gelöst.

Wege zum Patientendossier

Das österreichische Projekt ELGA sieht ein Gesundheitsportal vor, das sehr viele Ähnlichkeiten mit dem in der eHealth Strategie Schweiz geplanten Vorgehen aufweist.

Beispiel Portal Österreich

Das Wissen über den technischen und inhaltlichen Umgang mit gesundheits- und krankheitsbezogenen Informationen und den persönlichen Daten wird zusehends Teil der Grundkompetenzen des täglichen Lebens. Dazu muss die benötigte Medien- und Gesundheitskompetenz ein Leben lang erlernt werden. Die Internetnutzung in der Schweizer Bevölkerung hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. 2007 waren zwei Drittel der Bevölkerung InternetnutzerInnen. Es gibt in der Schweiz aber auch Menschen, denen der Zugang versperrt bleibt. Von diesem Ausschluss aus der Informationsgesellschaft durch den sogenannten "digitalen Graben" sind einige Bevölkerungsgruppen stärker betroffen als andere:

Erkenntnisse Befähigung

- *Menschen mit Behinderungen:* Hier werden Barrieren zunehmend erkannt und abgebaut. Behinderungen in ihrer Vielfältigkeit bedingen jedoch auch eine grosse Anzahl verschiedener Lösungen;

- *Bildungsferne Menschen:* Das Wissen und/oder das Abstraktionsvermögen fehlt bildungsfernen Menschen auch für die IKT. Falls der Zugang zum Internet möglich ist, fehlt oft die Fähigkeit zur aufgeklärten Nutzung der vermittelten Informationen (Medien- und Gesundheitskompetenz). Die Rate der Internetnutzung liegt bei Hochschulabsolventen bei 90%, bei Personen, die lediglich über einen Abschluss einer obligatorischen Schulbildung verfügen bei 47%;
- *Menschen mit geringem Einkommen:* Fehlende Mittel für Geräte und Providerabonnemente;
- *Menschen mit Migrationshintergrund:* Es fehlen oft die notwendigen Sprachkenntnisse. Oft leisten die Kinder für die Eltern generation Interpretations- und Übersetzungsdienste. Besonders benachteiligt sind Frauen mit Migrationshintergrund;
- *Ältere Menschen:* Der Internetnutzungs-Graben zwischen den 14-19-jährigen (91%) und über 50-jährigen (44%) Personen ist sehr gross.

In der Schweiz wie auch im Ausland ist die Befähigung ein gesellschaftlich und politisch wichtiges Gebiet, in dem verschiedene Organisationen aktiv sind. Die Liste bildet eine erste Grundlage für eine zukünftige Diskussion über mögliche Partnerschaften zur eHealth-Befähigung.

Diverse Organisationen sind aktiv

Förderung technischer und inhaltlicher Kompetenzen:

- <http://www.infosociety.admin.ch>
- <http://www.access-for-all.ch/>
- <http://www.lernfestival.ch>
- <http://www.it-fitness.ch>

Befähigung ausgerichtet auf Gesundheitskompetenzen:

- www.gesundheitsfoerderung.ch
- www.migesplus.ch
- www.genderhealth.ch
- www.radix.ch

4.3 Handlungsbedarf

Nur informierte Patienten und Patientinnen können die Leistungen des Gesundheitswesens verantwortungsvoll in Anspruch nehmen. Offizielle digitale Gesundheitsinformationen müssen künftig auf ihre Qualität hin systematisch überprüft werden, genau wie alle anderen Leistungen (Diagnose- und Behandlungsverfahren) und Leistungserbringer im Gesundheitswesen. In der nächsten Phase wird ein Entscheid für die konkrete Umsetzung der systematischen Qualitätssicherung von Informationen gefällt werden. Mit HON existiert bereits ein gutes und bewährtes Modell. Dessen Machbarkeit darf als bewiesen eingestuft werden. Für die Zertifizierung von medizinischen Online-Beratungen, Krankenversicherungsportalen oder Versandapotheken braucht es einen Zertifizierungsprozess mit einer tiefer gehenden Prüfung. Diese wird noch etwas Zeit und vermutlich externe Expertise in Anspruch nehmen.

Handlungsbedarf
Qualität

Zusammenfassend stehen für die nächste Phase (Lösungssuche) folgende Fragen im Zentrum:

- Was braucht es noch für einen klaren Entscheid, wer die Qualitätssicherung von Gesundheitsinformationen der Behörden – und später auch der privaten Anwärter übernehmen wird.
- Wie muss ein Zertifizierungsprozess für Dienstleistungen gestaltet sein?
- Wie weit müssen ein allfälliges Portal und das entsprechende Dienstleistungsangebot konkretisiert sein, damit die Zertifizierung geklärt werden kann.
- Wer wird längerfristig die Kosten übernehmen?

Im Rahmen der nächsten Phase Lösungssuche bleibt zu klären wie die Organisationen, welche sich die Befähigung der Menschen zur Aufgabe gestellt haben, zum richtigen Zeitpunkt einbezogen werden können. Auf diese Weise erhöht sich die Chance, dass spezielle Bedürfnisse erkannt und die entsprechenden (technischen und anderen) Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Weitere Schritte

Organisationen mit Fokus Befähigung

5 Stand Teilprojekt „Bildung“

Der Inhalt in diesem Kapitel ist eine Zusammenfassung der wichtigsten Punkte aus dem Zwischenbericht vom 1. Oktober 2008 der Teilprojektgruppe „Bildung“.

Wichtigste Punkte aus dem Zwischenbericht

5.1 Ausgangslage

Der Steuerungsausschuss hat am 10. April 2008 für das Teilprojekt die folgenden Ziele festgelegt:

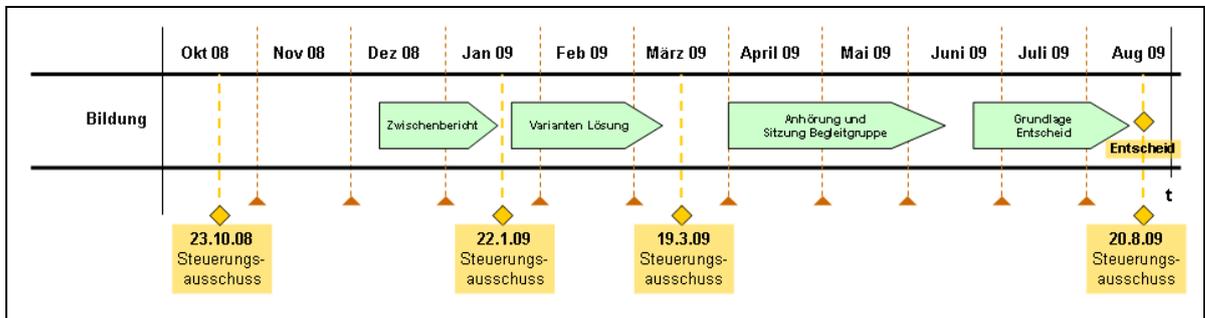
Auftrag an das Teilprojekt

- Handlungsbedarf und Zuständigkeiten in der Aus-, Weiter- und Fortbildung sind geklärt;
- Die für Lehrangebote und Lehrgänge zuständigen Organe sind für das Thema eHealth sensibilisiert;
- Die Umsetzung von Bildungsmaßnahmen erfolgt möglichst koordiniert.

Lieferobjekt des Teilprojektes ist ein Bericht mit folgenden Inhalt:

Lieferobjekte und Zeitplan

- Klärung des Ist-Zustandes und des Handlungsbedarfs (Aufzeigen der Zuständigkeiten, Erhebung bestehender Ansätze und Bildungsgefässe für eHealth, Aufzeigen von Lücken);
- Aufzeigen von methodischen und didaktischen Ansätzen für ein konkretes Bildungsangebot (inkl. Überlegungen zur Infrastruktur).



Zeitplan des Teilprojektes „Bildung“

5.2 Begriffe

In universitären und nicht-universitären Gesundheitsberufen werden „Ausbildung“, „Weiterbildung“ und „Fortbildung“ unterschiedlich verwendet. Dies ist insofern von Relevanz, als dass geklärt werden muss, auf welcher Stufe die Bildungsmaßnahmen im eHealth-Bereich ansetzen sollen. Zudem sind die Verortung des Handlungsbedarfs auf den verschiedenen Bildungsstufen und die Klärung der Zuständigkeiten in der Strategie eHealth vorgesehen und stellen eine Grundvoraussetzung für eine effektive Zielerreichung dar. Eine Vereinheitlichung der Begriffsverwendung scheint jedoch weder möglich noch erstrebenswert. Grundlage der Diskussion bilden daher die Begriffe

Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung

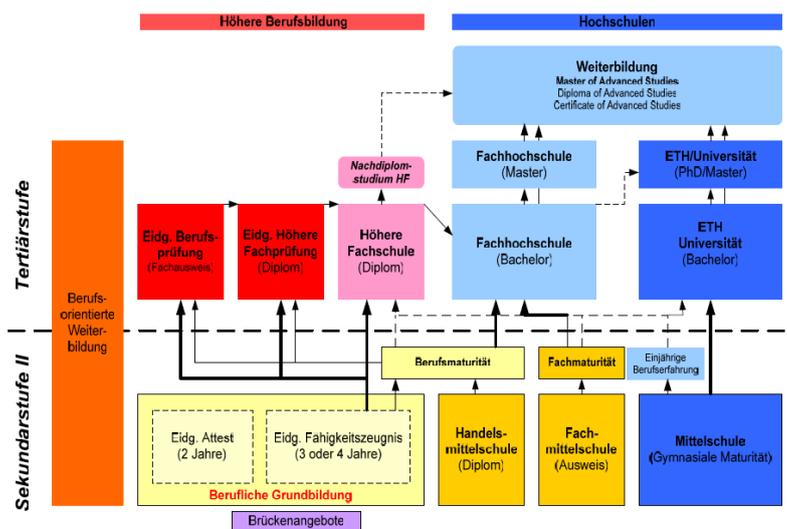
fe, wie sie aus dem Medizinalberufegesetz – MedBG, dem Fachhochschulgesetz – FHSG und dem Berufsbildungsgesetz – BBG abzuleiten sind. In Zukunft wird voraussichtlich ebenfalls das Bundesgesetz über die Förderung der Hochschulen – HFKG eine Terminologie liefern. Es wird also zwischen universitären und nicht-universitären Bildungsgängen unterschieden.

Konkret heisst das, dass für die nicht-universitären Gesundheitsberufe zwischen Aus- und Weiterbildung unterschieden wird. Die Ausbildung dient der Vermittlung und dem Erwerb der Qualifikationen, die für die Berufsausübung erforderlich sind (bis Stufe Masterstudiengänge). Als Weiterbildung wird die Vertiefung und Erneuerung bestehender beruflicher Qualifikationen oder die Aneignung von neuen beruflichen Qualifikationen verstanden (wie Nachdiplomstudiengänge, eidg. Berufsprüfungen und eidg. höhere Fachprüfungen).

Nicht-universitäre Gesundheitsberufe

Die universitäre Ausbildung vermittelt die Grundlage zur Ausübung des Medizinalberufes. Die Weiterbildung dient der Erhöhung der Kompetenzen und der Spezialisierung bzw. der Voraussetzung zur selbständigen Berufsausübung (Art. 5 Abs. 2 MedBG) und die lebenslange Fortbildung gewährleistet die Aktualisierung des Wissens und der beruflichen Kompetenz (Art. 40 Bst. b MedBG).

Universitäre Gesundheitsberufe



Bildungssystematik der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe in der Schweiz

Quelle: OdA Santé 2008, www.odasanté.ch

5.3 Analyse der Situation

Mittels Umfrage bei rund 200 Aus- und Weiterbildungsträgern von Gesundheitsberufen konnten erste Informationen über den Stand der Bildungsmassnahmen generiert werden. Trotz der relativ guten Rücklaufquote von 48 Bildungsanbietern (24%) ist der Rückschluss auf den Stand der bestehenden Massnahmen aufgrund der Antworten nicht zulässig, da die Anzahl Antworten zu gering ist.

Umfrage bei Bildungsanbietern

Die Auswertungen haben ergeben, dass nur rund 15 der 48 Institutionen, welche antworteten, eHealth auf irgendeine Art und Weise behandeln, wobei es sich etwas häufiger um Bildungsanbieter im Tertiärbereich handelt. Die vermittelte Materie ist in einem vielfältigen Fächerspektrum angegliedert und bezeichnend dafür, dass die Verortung des Begriffes sehr unterschiedlich verstanden wird.

Bildungsangebote
eHealth

Das Thema eHealth bildet oftmals ein Bestandteil eines bestimmten Moduls oder ein Dozent integriert es in ein Referat – es handelt sich also um eine punktuelle Integration. Grundsätzlich variiert der zeitliche Umfang, welcher der Behandlung von eHealth-Themen gewidmet wird. Dies kann jedoch auch an der unterschiedlichen Relevanz von eHealth für die einzelnen Berufsgruppen liegen.

Umfang

Erwähnenswert scheinen die drei folgenden spezifischen Studienangebote, die ein vertieftes Ausbildungsangebot in Verbindung mit eHealth entwickelt haben. Dies ist keinesfalls eine abschliessende Liste. Es handelt sich um Studiengänge der Bildungsinstitutionen, welche auf die Umfrage geantwortet haben:

Spezifische
Bildungsangebote

- Mantelstudium Klinische Medizin: Telemedizin/E-Health (Medizinische Fakultät, Universität Zürich). Den Schwerpunkt dieses Kurses bilden medizinische Beratungen;
- Modul "Telenursing" für Nachdiplomstudiengänge (Berner Bildungszentrum Pflege). Dabei geht es in erster Linie um die Befähigung, Patientinnen und Patienten mittels moderner Informations- und Kommunikationstechniken zu beraten und zu unterstützen;
- Modul 'Gesundheitsinformatik' für zukünftige Hebammen (Berner Fachhochschule Gesundheit).

Die Anbieter von Bildungsgängen haben den Bedarf erkannt. Bei 75% der Teilnehmern (33) werden im laufenden oder in den nächsten Jahren Massnahmen ergriffen, um eHealth in die Lehrgänge zu integrieren. Welcher Art diese Massnahmen sind, bleibt unklar. Aus einzelnen Antworten kann geschlossen werden, dass die Entwicklung der Lerninhalte seitens der Bildungsinstitutionen auch von der laufenden Umsetzung der Strategie eHealth abhängt. Insbesondere in der Berufsbildung wird erwartet, dass dabei eine Ausrichtung an reale Bedingungen in der Praxis vorgenommen werden kann.

Bedarf erkannt,
Ausrichtung noch unklar

Die Thematik ist den Anbietern ansatzweise bekannt und der Bedarf des Miteinbezugs in das Fächerangebot vorhanden. Gleichzeitig bestehen erhebliche Unsicherheiten betreffend die konzeptuelle Verwendung des Begriffes eHealth. Die Umfrage lässt ein gewisses Zögern erkennen die Lehrprogramme auszubauen, ohne dass sich konkrete Massnahmen aus der Umsetzung der Strategie eHealth abzeichnen. Hinzu kommt, dass mit Ausnahme einzelner Akteure, die Sensibilisierung in diesem Bereich noch fehlt.

Fazit Inland

Für eine Analyse der Aktivitäten im Ausland wurden folgende Länder ausgewählt: Finnland, Dänemark, Deutschland, Niederlande, Österreich, Frankreich, Grossbritannien, Tschechische Republik, Litauen, Belgien. Diese Analyse soll als grobe Übersicht über die ergriffenen Bildungs-massnahmen von EU-Staaten in der Vermittlung von eHealth dienen.

Blick ins Ausland

Hinsichtlich des zu vermittelnden Inhalts für Anwender scheinen einige Staaten eine doppelte Strategie zu verfolgen. Einerseits zielt ein breites Programm auf die Steigerung der ICT-Kenntnisse von Berufsanfängern ab. Daneben bieten Länder, wie z.B. Deutschland, Schulungsangebote an, um dem älteren und dem wieder eingegliederten Gesundheitspersonal den Umgang mit neuen Systemen zu vereinfachen.

Erkenntnisse für die Arbeit im Teilprojekt Bildung

Im Gegensatz zu der gewählten Abgrenzung der Berufsgruppen in der Einleitung lässt sich erkennen, dass die Managementberufe dennoch Gegenstand der vorzuschlagenden Bildungs-massnahmen werden könnten. Mit der Zunahme von vernetzten eHealth-Applikationen wird in den Gesundheitseinrichtungen eine Koordination dieser Lösungen benötigt. In Anlehnung am Inhalt einzelner Bachelordiplome in Deutschland bleibt abzuklären, inwiefern das Profil eines Betriebswirtschafers mit ausgeprägten Kenntnissen im Medizinalbereich im Gesundheitssystem der Schweiz verlangt ist.

Die Ist-Analyse zeigt, dass bei den Bildungsanbietern noch wenig unter-nommen wurde, um die Thematik ‚eHealth‘ in ihr Bildungsangebot zu integrieren. Die Unsicherheit, was nun genau unter eHealth zu verstehen sei, ist gross. Ein Bewusstsein für einen Handlungsbedarf mag vorherr-schen, doch hat dies noch kaum zu Aktivitäten in diesem Bereich geführt. Dies kann im Zusammenhang mit der unklaren Begrifflichkeit stehen.

Bilanz der Situationsanalyse

Aus der Situationsanalyse kann entsprechend gefolgert werden, dass es nicht bloss eine Zielgruppe für die zu erarbeitenden Bildungs-massnahmen gibt. Dies ist insofern von Relevanz, da der Handlungsbedarf nicht für jede Zielgruppe dieselben Massnahmen erfordert.

Verschiedene Zielgruppen

5.4 Handlungsbedarf

Aufgrund der Analyse drängen sich für Bildungs-massnahmen die folgen-den Zielgruppen auf:

Prioritäre Zielgruppen

- *Anwender:* Im Zentrum des Interesses steht in erster Linie die Vermittlung von Anwenderkenntnissen, da in diesem Bereich der grösste Handlungsbedarf gesehen wird. Daher stellen Anwender von eHealth-Applikationen die eigentliche Zielgruppe dar. Sie sind in der Praxis mit den neuen Technologien konfrontiert und müssen diese effizient einsetzen können;
- *Spitalmanagement:* Das Spitalmanagement kann als weitere Zielgruppe gesehen werden. Kliniken und Spitäler sind im zukünftig elektronisch vernetzten Gesundheitswesen neben Arztpraxen, Apotheken und Labors die wichtigsten Stakeholder. ICT betrifft

diverse Bereiche in den Spitälern, wie etwa das strategische Management, die Organisationsgestaltung oder die technologische Infrastrukturgestaltung. Das Spitalmanagement trägt eine übergeordnete Verantwortung und muss daher über entsprechende ICT-Kompetenzen und -Kapazitäten verfügen. Zudem spielen heute die Spitäler eine wichtige Rolle bei der Vermittlung von Skills im ICT-Bereich, da sie für die interne Schulung und den Support zuständig sind;

- *Medizinalinformatik*: Der Bereich der Medizinalinformatik wird sich in den nächsten Jahren weiterentwickeln und es zeichnet sich ein Bedarf an zusätzlichen Fachpersonen ab. Die Entwicklung in der Schweiz hinsichtlich gezielter Bildungsgänge für Medizinalinformatik ist nicht weit fortgeschritten, einzig die Universität Genf und die Fachhochschule Bern bieten einen Studiengang. Es müssen Anreize für eine Verbesserung der Ausbildungssituation geschaffen werden. Allerdings kann dieses Problem nicht im Teilprojekt Bildung angegangen werden; dies würde den Rahmen des Projektes sprengen. Mitglieder des Gesamtteams werden die Medizinalinformatik jedoch in die Medizinalberufekommission (MEBEKO) tragen und in dortigen Rahmen diskutieren. Ebenso wird im BBT abgeklärt, wie die Thematik im Bereich der Fachhochschulen (KFH) diskutiert werden kann.

Wie die Ergebnisse der Umfrage gezeigt haben, ist das Wissen, was unter der Begrifflichkeit eHealth zu verstehen sei, noch nicht verbreitet. Die Definition der Bildungsinhalte kann jedoch nur von den Bildungsinstitutionen oder zumindest mit deren intensiver Mitwirkung vorgenommen werden. Daher ist eine vorgängige Information unumgänglich. Der Begriff eHealth ist zu klären und die Bildungsanbieter müssen für die Notwendigkeit von Bildungsmassnahmen sensibilisiert werden. Dies erfolgt mit einem Newsletter, welcher sich an die einzelnen Bildungsinstitutionen richtet.

Sensibilisierung und Information

Grundsätzlich kann der Bildungsgegenstand eHealth in „eHealth Infrastruktur“ und „eHealth Dienstleistungen“ aufgeteilt werden. Ersteres umfasst etwa ePatientendossiers, eRezepte oder eAuthentifizierung (Versicherungskarte). Die gleichen Leistungen werden erbracht, die Veränderung betrifft bloss die angewendete Methode oder das Verfahren. Bei letzterem geht es um neue Dienstleistungen wie z. B. Telemedizin.

Differenzierung zwischen „Infrastruktur“ und „Dienstleistungen“

Diese Differenzierung ist im Hinblick auf die Verortung des Handlungsbedarfs sinnvoll. In diesen beiden Bereichen gestaltet sich der Handlungsbedarf unterschiedlich und die Lösungsvorschläge müssen jeweils auf einer anderen Ebene ansetzen.

Die auszuarbeitenden Lösungsvorschläge fokussieren in erster Linie den Bereich Infrastruktur und sollen hauptsächlich der Vermittlung von grundlegenden Kenntnissen, welche die Anwender befähigen, konkrete eHealth-Instrumente anzuwenden. Die eigentlichen Tätigkeiten im Bereich Infrastruktur für die Anwender müssen nicht geschult werden. Es geht um alltägliche Arbeiten des Personals im Gesundheitswesen. Beispielsweise werden tagtäglich Rezepte ausgestellt oder Patientendossiers verwaltet. Die Schulung und Ausbildung im Bereich Infrastruktur beschränkt sich somit auf die Anwendung der neuen Technologien für bereits bekannte Tätigkeiten.

Lösungsvorschläge im Bereich „Infrastruktur“

Im Bereich Dienstleistung liegt der Handlungsbedarf auf einer Metaebene. Nicht die genauen Inhalte der spezifischen Ausbildung für Anbieter von eHealth-Dienstleistungen sind zentral, sondern die Definition von einheitlichen Standards. Wer ist beispielsweise befugt, gewisse Dienste anzubieten? Welche Ausbildungen müssen diese Personen vorweisen? In diesem Bereich herrscht also erheblichen Klärungsbedarf. Dies kann jedoch nicht im Rahmen der Teilprojektes Bildung geschehen.

Lösungsvorschläge im Bereich „Dienstleistung“

Welchen Massnahmen in der Schulung des Managements ergriffen werden sollen, bleibt noch zu definieren. Die Möglichkeiten von konkreten Vorgaben sind beschränkt, entsprechend konzentrieren sich Lösungsansätze auf die Schaffung einer Anreizstruktur.

Handlungsbedarf Management

6 Stand Teilprojekt „Rechtliche Grundlagen“

Der Inhalt in diesem Kapitel ist eine Zusammenfassung der wichtigsten Punkte aus dem Zwischenbericht vom 1. Oktober 2008 der Teilprojektgruppe „Rechtliche Grundlagen“.

Wichtigste Punkte aus dem Zwischenbericht

6.1 Ausgangslage

Der Steueraususschuss hat am 10. April 2008 für das Teilprojekt die folgenden Ziele festgelegt:

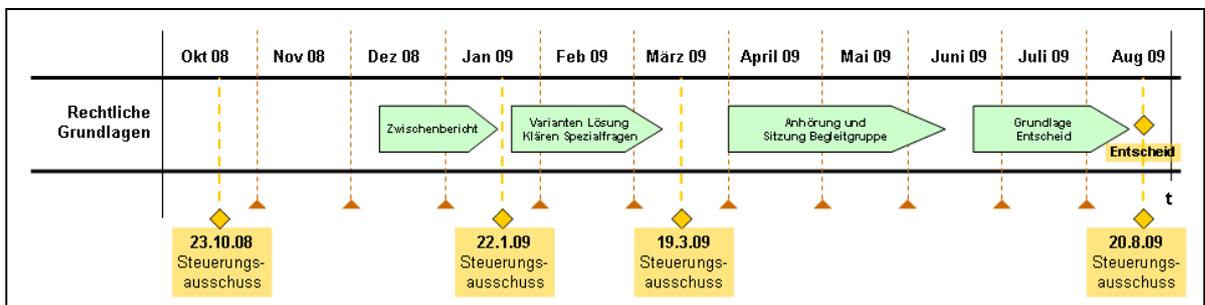
Auftrag an das Teilprojekt

- Blick ins Ausland (welche vergleichbaren Länder haben welche Themen wie geregelt);
- Festlegen der zu regelnden Themen;
- Abgrenzung der Zuständigkeit Bund und Kantone.

Lieferobjekt des Teilprojektes ist ein Bericht mit folgenden Inhalt:

Lieferobjekte und Zeitplan

- Analyse der gesetzlichen Rahmenbedingungen in vergleichbaren Ländern sowie internationaler Studien mit einem Fazit für die Schweiz (Situationsanalyse);
- Katalog der rechtlich zu regelnden Themen;
- Varianten der Abgrenzung zwischen Bund und Kantonen.



Zeitplan des Teilprojektes „Rechtliche Grundlagen“

6.2 Abgrenzung

Das Teilprojekt befasst sich nicht mit der Etablierung von rechtlichen Grundlagen für die Verwendung der Versichertenkarte in kantonalen Modellversuchen, obwohl diesbezügliche Aktivitäten in der Situationsanalyse der kantonalen Gesetzgebung dargestellt werden. Der Fokus des vorliegenden Berichts geht über die Anwendungen der Versichertenkarte hinaus. Es ist deshalb nicht das vorrangige Ziel, den Kantonen Handlungsempfehlungen im Bereich der bestehenden Gesetzesgrundlagen zur Versichertenkarte (Art. 42a KVG) zu geben (siehe Teilprojekt Modellversuche und PPP).

6.3 Analyse der Situation

Um zu einer ausgewogenen Übersicht über rechtliche Grundlagen im Bereich eHealth zu gelangen, wurden folgende Themengebiete ausgewählt und als Arbeitspakete bearbeitet:

- *Gesetzgebung in ausgewählten Ländern:* Wie wurde/wird eHealth in anderen Ländern verankert? Erfahrungen und Empfehlungen?
- *Auswirkungen rechtlicher Grundlagen auf eHealth-Aktivitäten in ausgewählten Ländern:* Welche rechtlichen Grundlagen im Ausland haben sich aus Sicht der Anwendung bewährt, welche weniger?
- *Nationale Gesetzgebung mit Schnittstellen zu eHealth:* Welche Erlasse sind potentiell bei der Verankerung von eHealth relevant? Welche Grundlagen bestehen bereits?
- *Kantonale Gesetzgebung mit Schnittstellen zu eHealth:* Welche kantonalen Erlasse sind potentiell bei der Verankerung von eHealth relevant? Welche Grundlagen bestehen bereits?
- *Gesetzgebungsstand in den Kantonen:* Welche Kantone haben eHealth in ihren Gesetzen bereits etabliert bzw. planen dies zu tun? Wie tun sie das?
- *Forschungsstand:* Wie wurde zu rechtlichen Fragen von eHealth in diversen Publikationen Stellung genommen?

Die Analyse zeigt, dass international wie national wenige Grundlagen vorhanden sind, die es erlauben würden, Lösungen im Bereich der rechtlichen Grundlagen direkt übernehmen zu können. Vielmehr deutet alles darauf hin, dass dieses Thema sehr länderspezifisch gelöst wird, d.h. dass sie dem jeweiligen Rechtssystem angepasst sind. Dies lässt den Schluss zu, dass rechtliche Grundlagen nicht das Schlüsselthema sind, wenn es darum geht, eHealth erfolgreich voranzutreiben. Vielmehr scheint der breite Einbezug der Akteure von zentraler Bedeutung zu sein.

Rechtliche Grundlagen sind nicht das Schlüsselthema beim Vorantreiben von eHealth

Zu den rechtlichen Grundlagen kann mit heutigem Kenntnisstand das folgende Fazit gezogen werden:

Fazit für die Schweiz

- **Kein eigenes eHealth-Gesetz:** Die bestehenden Regelungen sind weitgehend unabhängig von den eingesetzten Bearbeitungs- und Kommunikationsmitteln formuliert. Sie alle kommen selbstverständlich auch zum Tragen, wenn in Zukunft Geschäftsprozesse oder die Aktenverwaltung ganz oder teilweise elektronisch abgewickelt werden. Wo es die Belange der elektronischen Kommunikation verlangen, wird es nötig sein, spezifische eHealth-Bestimmungen zu erlassen.
- **Datenschutz ist von zentraler Bedeutung:** Die Situationsanalyse hat gezeigt, dass beim Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien der Persönlichkeitsschutz der betroffenen Personen zentral ist. Somit dürfte es angebracht sein, in einer künftigen eHealth-Gesetzgebung die datenschutzrechtlichen Anforderungen, zumindest für einzelne Anwendungen (z.B. Patientendossier; elektronisches Rezept), konkreter zu definieren.

- Identifikation und Authentifikation der Systemteilnehmer: Die eindeutige Identifikation und Authentifikation von Patientinnen und Patienten wie auch von Leistungserbringer ist eine Grundvoraussetzung für eHealth-Anwendungen.

6.4 Handlungsbedarf

Um ein Bild des Handlungsbedarfs im Bereich Recht zu erhalten, wurden folgende Themengebiete ausgewählt und als Arbeitspakete bearbeitet: Vorgehen

- *Trägerschaft des Koordinationsorgans eHealth*: Wie weit muss die Trägerschaft des Koordinationsorgans eHealth rechtlich verankert werden?
- *Elektronisches Patientendossier*: Welche Themen müssen für das elektronische Patientendossier geregelt werden?
- *Datenschutz und Datensicherheit*: Wie weit müssen die Datenschutzgrundsätze für den Bereich eHealth konkretisiert werden?
- *Rechte und Pflichten*: Welche Akteurgruppen verfügen über welche Rechte und Pflichten?
- *Identifikation, Authentisierung, Autorisierung*: Welche Elemente der Identifikation, der Authentisierung und der Autorisierung werden benötigt und müssen rechtlich verankert werden?
- Weitere Themen: Welche weiteren Instrumente müssen rechtlich verankert werden, damit das System funktioniert (Haftung, Aufsicht, Finanzierung, Strafen und Massnahmen usw.)?

Das Ziel dieser Phase ist, den jeweiligen Handlungsbedarf im Bereich der Rechtssetzung zu eruieren. Es geht also noch nicht darum, abzuklären: Einschränkung der Fragestellung

- wie (Systemlösung);
- wer (Kompetenz von Bund oder Kantone);
- wo (Regelungsstufe Gesetz, Verordnung, usw.);

die erwähnten Themen geregelt werden sollen. Diese Fragen werden im Rahmen der nächsten Phase (Bildung von Varianten) angegangen.

6.4.1 Trägerschaft des Koordinationsorgans eHealth

Gemäss den Ergebnissen der Situationsanalyse wurde in den meisten Ländern mit eHealth-Aktivitäten ein Organ für die Koordination der eHealth-Belange eingesetzt. Auch in der Schweiz scheint die Gründung eines solchen Koordinationsorgans sinnvoll. In diesem Zusammenhang müssen die nachstehend aufgezählten Punkte rechtlich verankert werden. Eine Analyse bezüglich der geeigneten Rechtsform erfolgt im Rahmen der Variantenbildung. Der diesbezügliche Entscheid wird in einer späteren Projektphase gefällt.

Ausgangslage: alle Länder gründen Trägerorganisation

Inhalt der Bestimmungen
<p><i>Grundsatz, Gründer:</i> Festlegung der Trägerschaft des Koordinationsorgans eHealth durch die Akteure (Bsp: Art. 18 Abs. 1 KVG: gemeinsame Einrichtung KVG).</p>
<p><i>Rechtsform:</i> Festlegung der Rechtsform (Bsp: Art. 18 Abs. 1 KVG).</p>
<p><i>Ersatzvornahme:</i> Allenfalls Regelung für den Fall, dass sich die Akteure nicht über die Gründung des Koordinationsorgans einigen (Bsp: Art. 18 Abs. 1 KVG).</p>
<p><i>Aufgaben und Kompetenzen:</i> Liste der Aufgaben und Kompetenzen der Trägerschaft (Bsp: Art. 18 Abs. 2 bis 2 sexies KVG).</p>
<p><i>Organisation:</i> Regeln über die Organisation der Trägerschaft (Bsp: Art. 18 Abs. 3, 4 und 7 KVG).</p>
<p><i>Finanzierung:</i> Regeln über die Finanzierung der Trägerschaft (Bsp: Art. 18 Abs. 5 und 5bis KVG).</p>
<p><i>Beschwerdeweg:</i> Regeln über das Beschwerdeverfahren (Bsp: Art. 18 Abs. 8 KVG).</p>

Ein Handlungsbedarf ist gegeben.

Zu regelnde Themen:

Fazit

6.4.2 Elektronisches Patientendossier

Das Ziel bei der rechtlichen Verankerung der eHealth-Anwendungen ist, so wenig wie möglich und so viel wie nötig zu regeln. Es geht darum, gesetzliche Grundlagen zu schaffen, welche die technische Weiterentwicklung des Systems ermöglichen. Dazu müssen die Bestimmungen offen formuliert werden. Das führt dazu, dass die einzelnen Anwendungen nicht bis ins letzte Detail geregelt werden.

Der Weg zum elektronischen Patientendossier wird gleichzeitig auch das Terrain für weitere eHealth-Anwendungen ebnen. Aus diesem Grund wird der Akzent vorerst auf das ePatientendossier gesetzt. Die rechtlichen Grundlagen sollen die Leitplanken für das elektronische Patientendossier festlegen, ohne dabei die Türen für weitere Anwendungen zu versperren.

Grundsätzliche Philosophie: offene Regelung

Elektronisches Patientendossier als Kernanwendung

Inhalt der Bestimmungen
<p><i>Grundsatz, Adressat:</i></p> <p>Einführung des ePatientendossiers mit Beschreibung der Verantwortlichkeiten für die Erstellung und Verwaltung des Dossiers (Bsp: Art. 1 Abs. 1 VVK).</p>
<p><i>Zweck:</i></p> <p>Bestimmung des Zwecks des ePatientendossiers (Behandlung) (Bsp: Art. 42a Abs. 2 KVG) inkl. allfälliger Nebenzwecke (Forschung, Gutachtertätigkeit etc.)</p>
<p><i>Ablauf und Organisation:</i></p> <p>Regeln über das Funktionieren des ePatientendossiers (Bsp: 15 Abs. 4 VVK).</p>
<p><i>Datenkategorien:</i></p> <p>Umfang der Daten, die im Zusammenhang mit dem ePatientendossier verwendet werden dürfen bzw. müssen (Bsp: Art. 1 Abs. 1 VVK). Der notwendige Umfang muss in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern definiert werden.</p>
<p><i>Datenschutz und Datensicherheit:</i></p> <p>vgl. Kapitel 3.4.</p>
<p><i>Delegation:</i></p> <p>Delegation der Regelung betreffend technischer Standards und organisatorischer Einzelheiten auf Verordnungsstufe (Bsp: Art. 17 VVK).</p>

Zu regelnde Themen:

Wahrscheinlich werden im Rahmen des Projekts eHealth-Anwendungen weiterentwickelt, die bereits durch die Verordnung über die Versichertenkarte eingeführt wurden (z.B.: Online-Verfahren). Bei solchen Anwendungen muss geprüft werden, ob die entsprechenden Regelungen der VVK anzupassen sind. Offen ist momentan noch, ob diese Bestimmungen in der VVK bestehen bleiben oder aufgehoben und in einen anderen Erlass überführt werden müssen. Falls die Versichertenkarte als Zugangsschlüssel zum ePatientendossier weiterentwickelt wird, wird eine Trennung der Funktion Versichertenkarte (rein administrativ) von der Funktion Gesundheitskarte (Zugang zu medizinische Information) nötig werden.

Anpassung der Bestimmungen über die Versichertenkarte

Ein Handlungsbedarf ist gegeben.

Fazit

6.4.3 Datenschutz und Datensicherheit

Datenschutz und Datensicherheit sind in der Schweiz im Bundesgesetz über den Datenschutz und in den kantonalen Datenschutzgesetzen geregelt. Die dort festgehaltenen Datenschutzbestimmungen sind sehr allgemein und abstrakt formuliert. Für den Bereich eHealth müssen sie konkretisiert und allenfalls angepasst werden. Dabei rechtfertigen sich in einigen Punkten Verschärfungen (z.B. im Umgang mit sensiblen Patientendaten) wegen des erhöhten Gefahrenpotentials, aber je nach dem auch spezialgesetzliche Anpassungen, um gewisse Anwendungen nicht von vornherein zu verhindern oder in eine Grauzone zu verbannen.

Grundsatz: Konkretisierung der Datenschutz-Regelungen

Inhalt der Bestimmungen
<p><i>Verhältnismässigkeit:</i></p> <p>Für das elektronische Patientendossier muss die Möglichkeit geschaffen werden, Gesundheitsdaten der Bevölkerung systematisch zu sammeln und zumindest teilweise lebenslang elektronisch zu speichern. Das steht im Widerspruch zum Verhältnismässigkeitsprinzip von Art 4 DSGVO (nicht Datenminimierung, sondern Datenmaximierung; nicht möglichst kurze, sondern möglichst lange Aufbewahrung etc.). Im Gegenzug kann die Verhältnismässigkeit in anderen Punkten strikter vorgeschrieben werden (differenzierter Zugang; Anonymisierungs- und Verschlüsselungsvorschriften etc.).</p>
<p><i>Zweckmässigkeit:</i></p> <p>Definition des Zwecks der jeweiligen eHealth-Anwendung (allenfalls Unterscheidung in Haupt- und Nebenzwecke und damit nötigenfalls auch unterschiedliche Auflagen für die unterschiedlichen Zwecke bzw. für die Zweckänderung).</p>
<p><i>Transparenz:</i></p> <p>Transparenzgrundsatz bei elektronischen Datenbearbeitungen.</p>
<p><i>Begriffsdefinitionen:</i></p> <p>Definition von notwendigen Begriffen (neue, mehrdeutige Begriffe, Fachausdrücke, eHealth-Anwendungen usw.).</p>
<p><i>Datenkategorien (vgl. Kap. 3.3):</i></p> <p>Die notwendigen Daten werden durch die Leistungserbringer zu definieren sein. Klassische abschliessende Datenkataloge sind im eHealth-Kontext kaum mehr praktikabel. Dafür können unterschiedliche Schutzgrade für unterschiedliche Datengruppen und Auflagen für den Umgang mit solchen Daten vorgesehen werden.</p>
<p><i>Datengruppen unterschiedlicher Schutzgrade</i></p> <p>Aufgrund des Kontextes geht es im eHealth-Bereich stets um besonders schützenswerte Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes. Einzelnen Datengruppen kommt aber wiederum eine unterschiedliche Sensibilität zu. Dieser kann man durch eine weitere Unterteilung in Gruppen mit unterschiedlichen Schutzgraden gerecht werden, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifizierende Daten; ➤ Administrative Daten; ➤ Allg. Medizinische Daten (nicht besonders sensible Daten); ➤ Besondere Medizinische Daten (speziell sensible Daten)
<p><i>Information des Patienten:</i></p> <p>Umfassende aktive Information, vgl. Kap. 3.5</p>
<p><i>Einwilligung des Patienten:</i></p> <p>Notwendigkeit und Form der Einwilligung des Patienten, Art und Weise des Einholens und der Dokumentation der Einwilligung.</p>

<p><i>Zugriffsrechte und Datenbekanntgaben:</i></p> <p>Rollenbasierte Zugriffsrechte für Leistungserbringer (intern, vgl. Kapitel 3.6), Regelung der möglichen Datenbekanntgaben an Dritte (extern), Modalitäten der Bekanntgabe, besondere Restriktionen für die Weitergabe besonders sensibler medizinischer Daten.</p>
<p><i>Outsourcing:</i></p> <p>Möglichkeit und Voraussetzungen der Auslagerung von Datenbearbeitungen an Dritte</p>
<p><i>Datensicherheit:</i></p> <p>Konkretisierung von Datensicherheitsmassnahmen (Art. 7 DSGVO): Erhöhte Anforderungen an technische und organisatorische Massnahmen oder zusätzliche technische Schutzmassnahmen für bestimmte Anwendungen aufgrund der Komplexität elektronischer Datenbearbeitungen und des daraus resultierenden höheren Risikopotentials. Vertraulichkeit, Verfügbarkeit, Integrität und Authentizität der Daten sind gleichermaßen sicherzustellen.</p>
<p><i>Zugriffsprotokoll:</i></p> <p>Pflicht zur Protokollierung der Zugriffe auf Patientendaten. Es muss nachvollziehbar dokumentiert werden, wer, wann, welche Daten in welcher Weise bearbeitet hat: Definition von Inhalt und Aufbewahrungsfrist der Protokoll Daten.</p>
<p><i>Besondere Schutzmechanismen:</i></p> <p>Einsatz von Datensicherheitstechnologien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ besondere technische Schutzmassnahmen für Daten höherer Schutzgrade ➤ Pseudo- und Anonymisierungsinstrumente (Festlegung der Mindestanforderungen an die Anonymisierung) ➤ Trennungsgebot: Trennen der Identifizierenden Daten von den übrigen Daten (z.B. im Patientendossier) ➤ Verschlüsselung (bei Speicherung, bei Datenweitergabe) ➤ elektronische Signatur ➤ weitere (je nach Anwendung)
<p><i>Datenarchivierung:</i></p> <p>Archivierungsvorschriften (z.B. erschwerter Zugriff auf das Patientendossier nach Abschluss der Behandlung)</p>
<p><i>Datenentsorgung:</i></p> <p>Entsorgungsvorschriften (für Akten, elektronische Daten, Informatikmittel usw.)</p>
<p>Aufsichtsbehörde: vgl. Kap. 3.7</p>

Ein Handlungsbedarf ist gegeben.

Fazit

6.4.4 Rechte und Pflichten

Rechte (P: Patient, L: Leistungserbringer, V: Versicherer)	P	L	V
<i>Freiwilligkeit:</i> Freiwilligkeit des Systems (Nichtteilnahme am System darf keine Nachteile mit sich bringen, Grundsatz der Nichtbeeinflussung)	x	(x)	
<i>Recht auf Information über die Datenbearbeitung:</i> Information, wo und wie die Daten im System abgelegt werden und wer diese zu welchen Zwecken und unter welchen Bedingungen abrufen und bearbeiten kann bzw. an wen Daten weitergeleitet werden. Aufklärung über Datensicherheitsmassnahmen und Hinweis auf Möglichkeit der Datensperrung. Information des Patienten über bestehende Rechte wie Auskunftsrecht, Berichtigungsrecht, Sperrmöglichkeiten)	x		
<i>Auskunftsrecht:</i> Herkömmliches Recht auf Herausgabe von Kopien gemäss DSG; zu erweitern mit Recht auf Auskunft über Herkunft der Daten und Zugangsrecht zu Protokollierungsdaten.	x		
<i>Direktes Zugriffsrecht auf das eigene Patientendossier:</i> Recht auf Erhalt eines Zugangsschlüssels (erweiterte VK?) und Information über Art und Weise des aktiven Zugangs zu den Daten/Dokumenten und den damit verbundenen Möglichkeiten bzw. Beschränkungen (z.B. Anbringen von Bestreitungsvermerken möglich, aber kein Lösungsrecht etc.)	x		
<i>Berichtigungsrecht:</i> Recht auf Berichtigung objektiv falscher Daten	x		
<i>Sperrrecht:</i> Recht auf Sperrung höchstpersönlicher oder strittiger Informationen.	x		
<i>Recht auf Anonymisierung:</i> Recht auf Pseudo- bzw. Anonymisierung der eigenen Daten bei der Weiterleitung an Dritte (Einführung des Anonymisierungsgrundsatzes).	x		

Rechte:

Pflichten (P: Patient, L: Leistungserbringer, V: Versicherer)	P	L	V
<i>Informationspflicht:</i> Pflicht, den Patienten über die Datenbearbeitung zu informieren (wo und wie sind die Daten im System abgelegt und wer kann diese zu welchen Zwecken und unter welchen Bedingungen abrufen und bearbeiten bzw. an wen weiterleiten. Aufklärung über Datensicherheitsmassnahmen und Hinweis auf Möglichkeit der Datensperrung) – Bsp.: Art. 9 bis 13 VVK.		x	x
<i>Pflicht zur elektronischen Abrechnung:</i> Ev. Verpflichtung zur elektronischen Abrechnung gemäss Art. 42a KVG inkl. der in der VVK geregelten Rechte und Pflichten.	(x)	x	
<i>Ausbildungspflicht:</i> Pflicht zur Ausbildung des datenbearbeitenden Personals (Informatikanwendungen, Datenschutz).		x	x
<i>Pflicht zum Führen des ePatientendossiers:</i> Gegebenenfalls Pflicht zur elektronischen Führung des Patientendossiers bei Teilnahme am System.		x	
<i>Archivierungspflicht:</i> Archivierungspflicht ev. mit erschwerem Zugriff bei archivierten Daten, Regelung der Archivierungsdauer im elektronischen Patientendossier.		x	

Pflichten:

Ein Handlungsbedarf ist gegeben.

Fazit

6.4.5 Identifikation, Authentisierung, Autorisierung

Die korrekte Identifikation, Authentisierung und Autorisierung der verschiedenen Akteure ist im Umgang mit geschützten Patientendaten von grosser Bedeutung. Die Schaffung von klaren Regeln in diesen Bereichen wird die Akzeptanz des gesamten Systems bei allen Beteiligten wesentlich erhöhen.

Identifikation, Authentisierung, Autorisierung der verschiedenen Akteure

Identifikation (P: Patient, L: Leistungserbringer, V: Versicherer, B: Behörden)	P	L	V	B
Festlegung der Elemente der digitalen Identität	x	x	x	x
Qualitätsanforderungen an die digitale Identität	x	x	x	x
Ausgabestelle	x	x	x	x
Modalitäten des Registrationsprozesses	x	x	x	x

Identifikation

Authentisierung (P: Patient, L: Leistungserbringer, V: Versicherer, B: Behörden)	P	L	V	B
Notwendigkeit der Authentisierung	x	x	x	x
Festlegung der Authentisierungstechnologie (Härte der Authentisierung)	x	x	x	x
Ausgabestelle	x	x	x	x
Modalitäten des Registrationsprozesses	x	x	x	x

Authentisierung

Autorisierung (P: Patient, L: Leistungserbringer, V: Versicherer, B: Behörde)	P	L	V	B
Rollenbasierte Zugriffsrechte (umfassender Zugriff, eingeschränkter Zugriff, kein Zugriff)	x	x	x	x
Umfang der Datenbearbeitung (z.B. Leserecht, Schreibrecht, Lösrecht)	x	x	x	x
Regelung des Notfallzugriffs		x		
Protokollierung der Zugriffe	(x)	x	x	x
Vertretungsrechte	x	x		

Autorisierung

Ein Handlungsbedarf ist gegeben.

Fazit

6.4.6 Weitere Themen

Verschiedene weitere Themen müssen zur Umsetzung der eHealth-Strategie geregelt werden:

Verschiedene weitere Themen

Haftung:

- Es zeichnet sich ab, dass die bestehenden Haftungsregeln für die eHealth-Anwendungen nicht speziell angepasst werden müssen. Vorläufig besteht kein Handlungsbedarf in diesem Bereich.
- Providerhaftung: Haftung für technische Dienstleistung. Es besteht kein eHealth-spezifischer Handlungsbedarf in diesem Bereich.

Aufsicht:

- Die Aufsicht über die Durchführung der sozialen Krankenversicherung obliegt gemäss Art. 21 Abs. 1 KVG i. V. mit Art. 24 Abs. 1 KVV dem BAG. Diese Bestimmungen müssen nicht für den Bereich eHealth angepasst werden. Es besteht kein Handlungsbedarf in diesem Bereich.
- Festlegung der Aufsicht über:
 - eHealth-Anwendungen (z.B. telemedizinische Leistungen, Internet-Portal),
 - Koordinationsorgan eHealth;
 - Sicherheit von IT-Elementen und Applikationen;

- Ethische Aspekte in Bezug auf Forschung, med. Gutachter-tätigkeit und allfällige andere Zweckänderungen.

Finanzierung:

- Bestimmungen über die Finanzierung des Koordinationsorgans
- Bestimmungen über die Finanzierung der eHealth-Anwendungen (Projektkosten, Betriebskosten).
- Regelung der Vergütung der zusätzlich erbrachten Dienstleistungen der Leistungserbringer im Bereich eHealth (KVG-Leistung oder nicht).

Anreizsysteme:

- Finanzielle Anreize, um zu bestimmtem Verhalten zu animieren.

Zertifizierung:

- ev. Vorsehen von Anreizen für die Zertifizierung z.B. Privilegien wie erleichterte zweckgeänderte Verwendung von Daten (z.B. vereinfachte Auswertungsmöglichkeiten beim Einsatz besonderer Sicherheitstechnologien)

Strafen und Massnahmen:

- Die meisten Strafen und Massnahmen sind in den Datenschutzgesetzen und im StGB geregelt und für den Bereich eHealth anwendbar. Prüfen, ob neben Vorsatz auch Fahrlässigkeit zu Strafe oder Massnahmen führen soll.
- Zusätzlich Bestimmungen für die Strafbarkeit von unbefugtem Zugriff auf persönliche Daten vorsehen.

Übergangsbestimmungen:

- Festlegung des Einführungsdatums der verschiedenen Anwendungen (ev. gestaffelte Einführung).

Änderungen bisherigen Rechts:

Erlass	Inhalt der Bestimmungen
BV	➤ Abklären je nach konkreter Lösung
KVG/KVV	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zur Weiterentwicklung der Versichertenkarte in Richtung Gesundheitskarte muss Art. 42a KVG revidiert werden. ➤ Art. 59 KVV muss geändert werden, falls die elektronische Abrechnung obligatorisch wird.
VVK	➤ Zur Weiterentwicklung der Versichertenkarte in Richtung Gesundheitskarte, muss die gesamte VVK revidiert werden.
Andere Sozialversicherungsgesetze	➤ Abklären je nach konkreter Lösung
Kantonales Recht	➤ Abklären je nach konkreter Lösung

Ein Handlungsbedarf ist gegeben.

Fazit

6.4.7 Bilanz

In allen untersuchten Themengebieten besteht Handlungsbedarf bezüglich der Erarbeitung rechtlicher Grundlagen. Die offenen Punkte betreffen vorwiegend Fragen, die sich direkt aus dem Einsatz der neuen Kommunikations- und Informationstechnologien ergeben (z.B. Notwendigkeit einer digitalen Identität). Für eine weitere Konkretisierung bedarf es nun Informationen zur Ausgestaltung des Systems.

Bilanz

- Um Inhalte zu definieren, müssen die Resultate aus dem TP Standards und Architektur abgewartet werden.
- In der Zwischenzeit werden Abklärungen zu Themen vorgenommen, die Unabhängig von der Ausgestaltung des Systems sind (z.B. Rechtsform der Trägerschaft des Koordinationsorgans, Elemente der digitalen Identität, Anforderungen an Authentisierung etc.)

7 Stand Teilprojekt „Finanzierung und Anreizsysteme“

Der Inhalt in diesem Kapitel ist eine Zusammenfassung der wichtigsten Punkte aus dem Zwischenbericht vom 1. Oktober 2008 der Teilprojektgruppe „Finanzierung und Anreizsysteme“.

Wichtigste Punkte aus dem Zwischenbericht

7.1 Ausgangslage

Der Steueraususschuss hat am 10. April 2008 für das Teilprojekt die folgenden Ziele festgelegt:

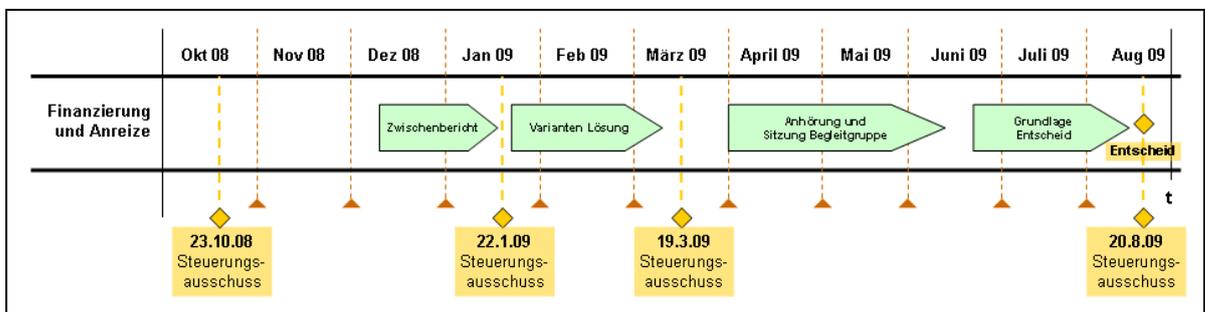
Auftrag an das Teilprojekt

- Blick ins Ausland (Welche Finanzierungs- und Anreizmodelle wählen vergleichbare Länder. Welchen Effekt erzielen sie damit?)
- Internationaler Variantenüberblick „best practice“ mit Anpassung an die Verhältnisse in der Schweiz;
- Erarbeiten von Finanzierungsvarianten zu Handen von Gesetzgebungsprojekten bei Bund und Kantonen (KVG, andere Sozialversicherungen, Selbstzahler).

Lieferobjekt des Teilprojektes ist ein Bericht mit folgenden Inhalt:

Lieferobjekte und Zeitplan

- Analyse der Finanzierungs- und Anreizmodelle in vergleichbaren Ländern sowie internationaler Studien mit einem Fazit für die Schweiz (Situationsanalyse);
- Präsentation von realisierbaren Finanzierungs- und Anreizmodellen (Varianten).



Zeitplan des Teilprojektes „Finanzierung und Anreizsysteme“

7.2 Begriffe

Die Finanzierung umfasst die Prozesse zur Bereitstellung und Rückzahlung der finanziellen Mittel, die für Investitionen benötigt werden. Im vorliegenden Kontext soll geprüft werden, welche Akteure welche Bestandteile oder Anwendungen von eHealth zu finanzieren haben, um das Ziel der durchgängigen Prozesse zu erreichen.

Finanzierung

Anreize sollen zu einem bestimmten Verhalten veranlassen. Im vorliegenden Kontext sollen sich die Akteure im Gesundheitswesen so verhalten, dass durchgehende Prozesse mit dem Patienten und der Patientin im Zentrum ermöglicht werden. Es werden monetäre und nicht-monetäre Anreize unterschieden.

Anreizsysteme

7.3 Vorgehen

Folgende Themengebiete wurden als Arbeitspakete bearbeitet:

Vier Arbeitspakete

- Finanzierung und Anreizsysteme in ausgewählten Ländern;
- Finanzierungs- und Anreizmodelle auf nationaler Ebene;
- Finanzierung und Anreizsysteme in ausgewählten Kantonen;
- Literaturübersicht.

7.4 Analyse der Situation

Um zu den vorliegenden Ergebnissen zu kommen, wurden Experten befragt und Internetrecherchen durchgeführt. Im Verlauf der Befragungen und Recherchen wurden fünf Länder ausgewählt, die in unterschiedlichem Mass einen Bezug zur Schweiz aufweisen und deshalb als vergleichbare Länder bezeichnet werden können: Dänemark, Deutschland, Niederlande, Österreich, Schottland. Auf Grund der Länderanalysen kann zusammenfassend gesagt werden:

Finanzierung und Anreizsysteme in ausgewählten Ländern

- In allen betrachteten Ländern hat der Nationalstaat eine tragende Rolle bei der Institutionalisierung und Förderung von eHealth übernommen, sei es als Finanzierer (bis 100%, siehe Niederlande oder Schottland), sei es als starker Gesetzgeber (siehe Deutschland).
- In allen betrachteten Ländern erhalten insbesondere freipraktizierende Leistungserbringer (Grundversorger) Zuschüsse für die zu tätigen Investitionen. In einigen Ländern erhalten sie auch nutzungsbezogene Zuschläge.
- Die Freiwilligkeit hat bei Leistungserbringern und beim Einbezug der Bevölkerung einen hohen Stellenwert.
- Als vertrauensbildende Massnahme ist es in mindestens zwei Ländern möglich oder wird es für die Patientinnen und Patienten möglich sein, alle Zugriffe auf das persönliche elektronische Patientendossier einzusehen.

Die Analyse zeigt, dass Finanzierungs- und Anreizaspekte insbesondere bei der eHealth-Infrastruktur ein Thema sind. Anreize im Bereich der eHealth-Dienstleistungen konnten nicht identifiziert werden. Es liegt der Schluss nahe, dass die zur Verfügung gestellte Infrastruktur per se einen Anreiz für die Verbreitung von eHealth-Dienstleistungen darstellt.

Auf Grund von Zeit- und Ressourcenengpässen wurde in der Übersicht nur der Krankenversicherungsbereich analysiert. Die Bereiche der übrigen Sozialversicherungen und der Zusatzversicherungen wurden ausgeklammert. Im vorliegenden Kontext geht es ausserdem nicht um die internen, betriebswirtschaftlichen EDV-Instrumente der einzelnen Akteure.

Finanzierungs- und Anreizmodelle auf nationaler Ebene

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Finanzierung der eHealth-Komponenten auf den einzelnen Tarif-Partnern lastet und dass sich daraus einige Angebote von externen Intermediären entwickelt haben.

Das positive Anreizsystem ist alleine auf den betriebswirtschaftlichen Nutzen des einzelnen Leistungserbringers oder Krankenversicherers bezogen. Der volkswirtschaftliche Nutzen der Durchdringung des Gesundheitswesens spielt hier keine Rolle.

Das negative Anreizsystem besteht darin, dass der Einsatz der eHealth-Komponenten mit der tariflichen Anwendung verknüpft ist. Da die elektronischen Anwendungen die technischen Möglichkeiten (z.B. bei Rechnungskontrolle, Transparenz durch elektronische Auswertungen) erweitern, finden hier oft unerwünschte Nebenwirkungen statt.

Wie in der Praxis der konsequente Einsatz von eHealth-Komponenten behindert wird, zeigt das Beispiel des TARMED. Aus Sicht der Krankenversicherer ist der Einsatz von eHealth-Komponenten in der Praxis-Infrastruktur inbegriffen. Die Leistungserbringer verlangen zusätzliche Entgelte in der Form von speziellen Leistungspositionen für die einzelnen eHealth-Komponenten.

Für die Finanzierung von eHealth-Pilotprojekten in den Kantonen existieren bislang keine differenzierten Finanzierungssysteme. Die Projekte sind bisher entweder in den Spitälern durchgeführt und via deren Budget oder vom zuständigen Departement via Projektkredit finanziert worden (z.B. Rete Sanitaria, TI). Einzig im Kanton Genf existiert bisher ein Ansatz für die Etablierung einer gemischten Finanzierungsform unter kantonaler Beteiligung (PPP).

Finanzierung und Anreizsysteme in ausgewählten Kantonen

In der durchgearbeiteten Literatur finden sich keine oder nur spärliche Hinweise auf die konkrete Fragestellung. Der Hinweis, die Finanzierung müsse mittels Public Private Partnerships PPP geregelt werden, taucht vereinzelt auf. Die Europäische Kommission hat (für die Mitgliedstaaten der EU) Möglichkeiten der Finanzierung von eHealth-Vorhaben evaluiert. Die OECD hat eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit Anreizsystemen befasst. Ihr Schlussbericht wird voraussichtlich im September 2008 erscheinen.

Literaturübersicht

7.5 Handlungsbedarf

In der zweiten Phase geht es darum, den Handlungsbedarf im Bereich Finanzierung und Anreizsysteme zu evaluieren. Dazu wurden thematische Arbeitspakete gebildet:

- Nationale Voraussetzungen;
- IT-Infrastruktur bei den Akteuren;
- Prozesse mit Bezug zu den Versicherern;
- Prozesse rund um das elektronische Patientendossier;
- Leistungserbringer-Leistungserbringer Prozesse;
- Telemedizinische Leistungen.

Die grundsätzliche Fragestellung lautet: Sind Aktivitäten in jedem der Themengebiete notwendig und was wäre zu tun, um das Ziel der durchgehenden Prozesse zu erreichen, bzw. um eHealth und das elektronische Patientendossier im Sinn der Strategie eHealth Schweiz zu etablieren. Es geht noch nicht darum, konkrete Lösungen zu präsentieren, sondern den

Fragestellung

Handlungsbedarf auszuloten. In diesem Sinne ist dieses Kapitel zu verstehen als Ideensammlung. Die genaue Ausgestaltung des Gesamtsystems wird auch durch andere Teilprojekte (insbesondere Teilprojekt Standards und Architektur) mit geprägt. Der Handlungsbedarf muss entsprechend neu beurteilt werden.

7.5.1 Nationale Voraussetzungen

Die Elemente der nationalen Infrastruktur, die hier betrachtet werden, sind:

- Identifikation und Authentifikation der Systemteilnehmer (Versicherte/Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer, Versicherer);
- Nationales Koordinationsorgan als Trägerin der Aktivitäten rund um die Umsetzung und Weiterentwicklung der Strategie eHealth;
- Gesundheitsportal als Informations-/Serviceplattform und Eintrittspforte in das persönliche elektronische Patientendossier.

Weitere Elemente werden aus den Arbeiten im Teilprojekt Standards und Architektur hervorgehen und müssen allenfalls später bearbeitet werden. Ausserdem muss genau definiert werden, wer mit welchen Daten was machen darf, damit der Datenschutz nicht zum Hemmschuh wird.

- *Identifikation und Authentifikation der Systemteilnehmer*: Die Zuständigkeiten (und damit die Finanzierung) für die Identifikation und Authentifikation aller Systemteilnehmer müssen geregelt werden.
 - Patientinnen und Patienten: Es wäre zu überlegen, ob Patientinnen und Patienten die Kosten der Aktivierung einer digitalen Identität zu tragen hätten. Für Anbieter von Diensten in diesem Bereich sollten Zertifizierung vorgesehen werden (ev. vergeben durch das Koordinationsorgan). Für Patientinnen und Patienten wäre dieses Angebot freiwillig.
 - Leistungserbringer (medizinische Fachpersonen): Hier sind verschiedene organisatorische Lösungen denkbar: Die Leistungserbringer selbst sind zuständig für die Ausgabe einer HPC (analog Lösung Versichertenkarte), die Kantone stellen eine HPC bei der Zulassung aus, der Bund stellt eine HPC aus (Anknüpfungspunkt Register MedBG).
 - Institutionen (Spitäler, Heime, Versicherer, etc.): Analog muss die Fragestellung bei allen Systemteilnehmern beantwortet werden.
- *Nationales Koordinationsorgan*: Neben den Aufgaben und Kompetenzen muss für das Koordinationsorgan vor allem die Rechtsform der Trägerschaft und der Finanzierungsmodus geregelt werden. Hier sind international einige Beispiele vorhanden, die es in der nächsten Phase erlauben, konkrete Vorschläge zu präsentieren.

Komponenten, bei denen die Finanzierung geregelt werden muss

Identifikation und Authentifikation der Systemteilnehmer

Nationales Koordinationsorgan

- *Gesundheitsportal*: Die Finanzierung eines möglichen Gesundheitsportals muss geregelt werden. Die Benutzung des Gesundheitsportals als Eintrittspforte ins persönliche elektronische Patientendossier sollte für Patientinnen und Patienten gratis sein. Die Anbieter sollten zertifiziert werden. Es ist aber auch denkbar, dass der Staat hier keine aktive Rolle übernimmt, sondern nur die Zertifizierung, mit der Konsequenz, dass die Werbung eindringt.

Gesundheitsportal

Ein Handlungsbedarf ist gegeben.

Fazit

7.5.2 IT-Infrastruktur bei den Akteuren

Grundsätzlich wird eine zeitgemässe Basis-IT-Infrastruktur sowohl bei Leistungserbringern wie auch bei Versicherern vorausgesetzt. Diese Infrastruktur ist in den Tarifwerken im Prinzip berücksichtigt. Die Tarifstrukturen basieren jedoch auf Berechnungen aus den frühen 1990er Jahren und ist daher nicht mehr aktuell.

Ausgangslage

Durch die Einführung der DRG-Abrechnung im akut-stationären Bereich werden die Spitäler finanziell unter Druck geraten, der Investitionswille also sinken. Es besteht zudem die Angst, dass Spitäler, bei denen diese eHealth-Infrastruktur nicht besteht, als falscher Benchmark herangezogen werden.

An allfällige direkte IT-Infrastruktur-Beiträge sollten Bedingungen und Auflagen geknüpft werden, z.B. die Teilnahme an Modellversuchen und Pilotprojekten. Die eHealth-Infrastruktur könnte ausserdem als nationaler Qualitätsindikator im Sinne einer verbesserten Prozessqualität (arbeitet ohne Medienbrüche) etabliert werden. Wie bspw. in Dänemark könnten gewährte Investitionshilfen über die Zeit abnehmen, um den Anreiz zu schaffen, möglichst schnell einzusteigen.

Mögliche Anreize

Die Förderung der Basisinfrastruktur bei den Leistungserbringern erscheint zwar notwendig, doch in einem freiheitlich und wettbewerblich orientierten System wie dem schweizerischen fast nur (wie bisher) über die Tarifverträge zu organisieren, ein Handlungsbedarf ist daher eher nicht gegeben. Da aber einige Länder solche Investitionshilfen an Grundversorger vorsehen, soll eine Aktivität in diesem Bereich zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausgeschlossen werden.

Fazit

7.5.3 Prozesse mit Bezug zu den Versicherern

Bei Prozessen zwischen Versicherern und Leistungserbringern kommt es immer noch zu oft zu Medienbrüchen: Dokumente werden bei Leistungserbringern ausgedruckt, an die Versicherer auf dem Postweg gesandt und dort wieder eingescannt. Es gibt auf beiden Seiten Systemteilnehmer, die nicht elektronisch kommunizieren wollen/können. Das Forum Datenaustausch, ein Zusammenschluss der Tarifpartner, hat sich dieser Thematik angenommen und versucht, von allen akzeptierte Lösungen zu entwickeln.

Ausgangslage

Mögliche Anreize sind:

- Standardisierung der Prozesse und Inhalte;
- transaktionsabhängige Vergütungen und/oder
- rechtliche Verankerung der obligatorischen Abrechnung/Kostengutsprache.

Im Rahmen der Umsetzung der Strategie eHealth besteht eher kein Handlungsbedarf, die Tarifpartner sind bereits aktiv. Für die beiden Prozesse Abrechnung und Kostengutsprache sollten allerdings in der nächsten Phase konkrete Lösungsvorschläge präsentiert werden, damit Alternativen diskutiert werden können. Aktivitäten im Bereich der Standardisierung der Prozesse sollten mit Bedacht angegangen und mit dem Forum Datenaustausch abgestimmt werden.

Mögliche Anreize

Fazit

7.5.4 Prozesse rund um das elektronische Patientendossier

Alle Daten, welche über einen Patienten oder eine Patientin gesammelt und generiert werden, gehören dieser Person. Sie kann jederzeit Auszüge oder Einblick verlangen. Dies gilt auch bei elektronisch gespeicherten Daten. Alle Leistungserbringer sollten die definierten und verabschiedeten Standards anwenden, damit das elektronische Patientendossier gebildet wird. Wird jemand vom Patienten beauftragt, seine einrichtungsübergreifend gesammelten Daten zu bewirtschaften oder aus der darin enthaltenen Information neue Erkenntnisse zu generieren, so handelt es sich um einen intellektuellen Mehrwert.

Die Daten gehören dem Patienten/der Patientin

Mögliche Anreize für Leistungserbringer:

- Standardisierung der Prozesse und Inhalte;
- Vergütung für Bewirtschaftung des (institutionenübergreifenden) elektronischen Patientendossiers;
- Weiterbildungs-Credits für Grundkurs "Elektronisches Patientendossier";
- Vergabe eines Labels "Beliefert Ihr persönliches elektronisches Patientendossier";
- Transaktionsabhängige Vergütung;
- Rechtliche Klärung und Verankerung von Rahmenbedingungen;
- Rechtliche Verankerung für obligatorische Prozesse.

Mögliche Anreize

Auch für die Patientinnen und Patienten müssen Anreize im Gesamtsystem definiert werden (abzustimmen mit Überlegungen im Teilprojekt Standards und Architektur):

- Die Eröffnung eines persönlichen (einrichtungsübergreifenden) Patientendossiers sollte freiwillig für Patientinnen und Patienten sein;
- Die Daten sollen auch im Ausland für Patientinnen und Patienten zugänglich sein;
- Das elektronische Patientendossier sollte für Patientinnen und Patienten verständlich sein;

- Der Austausch von persönlichen Daten der Versichertenkarte gemäss Artikel 42a KVG und Daten im elektronischen Patienten-dossier muss sehr einfach möglich und Diskrepanzen sollen leicht feststellbar sein;
- Patientinnen und Patienten sollten auch bestimmen können, welche Dokumente in diesem Dossier sie welchem Leistungserbringer zugänglich machen wollen oder ob sie eine Beschränkung wünschen;
- Mehrwertdienste, bspw. im Bereich Prävention, Gesundheitsprofil, Wellness, etc. könnten mit dem elektronischen Patientendossier verknüpft werden;
- Darüber hinaus wäre ein Modell denkbar, wonach Versicherte, welche ihre Daten allen Leistungserbringern öffnen (genereller Lesezugriff für alle Leistungserbringer), Prämienrabatte erhalten könnten (oder auch reduzierte Franchise/Selbstbehalt).

Ein Handlungsbedarf ist gegeben.

Fazit

7.5.5 Leistungserbringer-Leistungserbringer-Prozesse

Den Prozessen zwischen Leistungserbringern entlang der Behandlungskette muss eine hohe Priorität eingeräumt werden. Es handelt sich dabei beispielsweise um das elektronische Medikamentenmanagement, die elektronische Zuweisung und um elektronische Berichte und Befunde. Dem ambulant-stationären Graben ist dabei besondere Beachtung zu schenken. Gerade in diesem Bereich haben aber Leistungserbringer das grösste Interesse, Informationen zu teilen und Spitäler, eine hohe Zuweiseranbindung zu erreichen. Wenn sich die notwendigen Standards und die Elemente der Architektur (inkl. Patientenidentifikation) auf Grund der nationalen Empfehlungen etabliert haben, erübrigen sich weitere Anreize.

Prozesse in der Behandlungskette

Ein Handlungsbedarf ist bei der Standardisierung und der Definition der Architektur gegeben. Diese Themen werden durch das Teilprojekt Standards und Architektur abgedeckt. Es sind keine weiteren Aktivitäten im Rahmen des Teilprojekts Finanzierung und Anreizsysteme notwendig.

Fazit

7.5.6 Telemedizinische Leistungen

Telemedizin bezeichnet die Interaktion

Systematisierung

- zwischen Patient und Health Care Worker (Telekonsultation)
- oder unter Ärzten (Telekonsil)

in direktem Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung, wobei sich die Beteiligten nicht in unmittelbarem physischen Kontakt miteinander befinden.

Die Telekonsultation lässt sich in folgende drei Kategorien einteilen:

- Telekonversation via Telefon, Internet, Video;
- Telediagnostik, z.B. Telebiometrie und Bildbefundung;
- Teletherapie, z.B. Rezeptierung von Arzneimitteln.

Die Telemedizin ermöglicht Versorgungsprozesse, welche neue Organisationsformen entstehen lassen. Tarifarische, haftungsrechtliche oder weitere rechtliche Fragen müssen vor diesem Hintergrund zum Teil neu beantwortet werden.

Ausgangslage...

Bis dato werden Telefonkonsultationen von Anbietern von telemedizinischen Leistungen (sog. Callcenter) über Administrativkosten der Krankenversicherer abgerechnet. Die Verbuchung läuft über eine Kopfprämie. Es findet keine Zuordnung zu einzelnen Patienten statt, entsprechend wird keine Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) erhoben. Diese Abrechnungsform ist einfach und mit geringem Aufwand für Versicherer und insbesondere Anbietern von telemedizinischen Leistungen verbunden.

...im Bereich Vergütung

Die Abrechnung über das oben erwähnte Administrativkosten-Konto wird vom BAG als Übergangslösung betrachtet, bis im Rahmen der Ausarbeitung der Strategie eHealth auf das Gesamtziel angepasste Alternativen ausgearbeitet wurden.

Im (konventionellen) ambulanten Bereich können Telefon- (und eMail-) Konsultationen über den TARMED abgerechnet werden.

Es bestehen gemäss Zwischenbericht des Teilprojekts Rechtliche Grundlagen (Stand vom 31. Juli 2008) sozusagen keine rechtlichen Grundlagen im Bereich der Telemedizin.

... im Bereich Recht

- Nationale Gesetzgebung (inkl. Tarife): Es gibt keine spezifischen Telemedizin-Bestimmungen. Auch im Rahmen der "routinemässig" erbrachten medizinischen Leistungserbringung sind Facetten quasi-telemedizinischer Anwendung etabliert (z.B. telefonische Beratung nach Eintreffen von Laborwerten in der Praxis, Übermittlung digitaler Mammographien an die Zweit- und Drittbefunder in Brustkrebs-Früherkennungsprogrammen). Sollten telemedizinische Leistungen anders behandelt werden, als routinemässig erbrachte, stellt sich die Frage nach der Abgrenzung.
- Kantonale Gesetzgebung: Der Kanton Basel-Stadt plant eine gesetzliche Verankerung der Telemedizin. Ansonsten wurde keine Telemedizin-fördernde Gesetzgebung gefunden, es existieren sogar eher hemmende Bestimmungen.

Haftungsrechtliche Fragen wurden im erwähnten Zwischenbericht nicht thematisiert.

Gemäss Strategie eHealth soll die Umsetzung der Strategie das Terrain für eHealth-Anwendungen ebnen. Es besteht die Vermutung, dass gewisse rechtliche Grundlagen präzisiert werden müssen und sich dann der Bereich ohne zusätzliche Anreize entwickeln wird. Ob eine Standardisierung der Prozesse möglich ist, wird sich zeigen. Zur Qualitätskontrolle ist ev. eine Zertifizierung der Anbieter und der Technologie und ein Betreiber für die Anwendung einer internationalen Norm vorzusehen.

Mögliche Anreize

Ein Handlungsbedarf ist gegeben.

Fazit

7.5.7 Bilanz

Folgende Bilanz wird aus den Erkenntnissen des Kapitels 3 gezogen:

Bilanz

- Im Bereich der nationalen Voraussetzungen wird eher grosser Handlungsbedarf betreffend Finanzierung und Anreizsysteme, bei den Anwendungen eher geringer Handlungsbedarf geortet (über die bereits gestarteten Initiativen, bspw. im Teilprojekt Standards und Architektur, hinaus).
- Die Finanzierung sollte so breit und differenziert wie möglich gestaltet werden. Nach dem Prinzip: jeder leistet einen Beitrag, jeder hat einen Nutzen.
- Die Arbeiten von zwei Teilprojekten sind als Anreiz für die Etablierung von eHealth zentral:
 - Teilprojekt Standards und Architektur: Die Definition von Architektur-Elemente, die Zuweisung von Zuständigkeiten und der konkrete Aufbau derselben wie auch die verbindliche Verabschiedung von Standards können als solche als Anreiz verstanden werden.
 - Teilprojekt Rechtliche Grundlagen: Rechtliche Regelungen bieten den Rahmen und die Sicherheit für privatwirtschaftliche Aktivitäten.
- Je nach Ausgestaltung der konkreten Lösung muss der Handlungsbedarf neu beurteilt werden.