



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

eHealth Schweiz

Schlussbericht Teilprojekt Finanzierung und Anreizsysteme

Bern, 20. August 2009

ehealthsuisse

Koordinationsorgan Bund-Kantone
Organe de coordination Confédération-cantons
Organi di coordinamento Confederazione-Cantoni

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Projektorganisation:

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

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

Team Teilprojekt Finanzierung und Anreizsysteme: Andrea Nagel (BAG, Co-Leitung), Hans-Peter Schönenberger (santésuisse, Co-Leitung, bis Mitte August 2008), Regula Boller (IG eHealth, erweitertes Team), Martin Denz (SGTMeH, Kernteam), Andy Fischer (SGTMeH, erweitertes Team), Marie-Thérèse Furrer (BAG, erweitertes Team), Isabelle Gioielli (BAG, erweitertes Team), Heidi Howald (H+, erweitertes Team), Guido Klaus (santésuisse und SVV, Kernteam ab Januar 2009), Catherine Marik (Geschäftsstelle eHealth Bund-Kantone, wiss. Sekretariat), Marcel Mesnil (pharmaSuisse, erweitertes Team), Katrin Ochsenbein (BAG, Kernteam, ab Dezember 2008), Dominique Portmann (santésuisse und SVV, Kernteam, bis Dezember 2008), Georg Schielke (GDK, Kernteam), Christoph Schöni (H+, Kernteam), Peter Seiler (SSR, erweitertes Team), Benno Tobler (SUVA, erweitertes Team), Judith Wagner (FMH, erweitertes Team, ab Mitte August 2008), Andreas Walter (IG eHealth, erweitertes Team)

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. Die Empfehlungen in diesem Dokument zum Teilprojekt „Finanzierung und Anreizsysteme“ wurden am 20. August 2009 vom Steuerungsausschuss verabschiedet. Der umfassende Bericht ist zugänglich unter www.e-health-suisse.ch.

Die Hintergrundfarben der Empfehlungen haben die folgende Bedeutung:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ➤ <i>Die grün markierten und kursiv gesetzten Empfehlungen wurden definitiv verabschiedet. Die jeweiligen Akteure sind aufgefordert, die Empfehlungen umzusetzen;</i> | <i>Definitive Verabschiedung</i> |
| ➤ Die gelb markierten Empfehlungen wurden zustimmend zur Kenntnis genommen. Die Zustimmung ist mit dem Auftrag verbunden, das Thema auf Basis der Empfehlungen zu vertiefen (Bund, Kantone oder gemeinsam im Koordinationsorgan mit weiteren Akteuren). | Zustimmung und Auftrag zur Vertiefung |

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Fazit und Ausblick	9
Ausgangslage	11
1.1 Auftrag und Projektvereinbarung.....	11
1.2 Vorgehen	11
1.3 Begriffe	12
2 Analyse der Situation (Stand: 31. Juli 2008)	13
2.1 Vorgehen	13
2.2 Finanzierung und Anreizsysteme in ausgewählten europäischen Ländern.....	13
2.3 Finanzierungs- und Anreizmodelle auf nationaler Ebene	16
2.4 Finanzierung und Anreizsysteme in ausgewählten Kantonen	18
2.5 Literaturübersicht.....	18
2.6 Bilanz.....	19
3 Handlungsbedarf für Finanzierung und Anreizsysteme	20
3.1 Vorgehen	20
3.2 Nationale Voraussetzungen	21
3.3 IT-Infrastruktur bei den Akteuren.....	22
3.4 Prozesse mit Bezug zu den Versicherern	22
3.5 Prozesse rund um das elektronische Patientendossier	23
3.6 Leistungserbringer-Leistungserbringer-Prozesse	25
3.7 Telemedizinische Leistungen	25
3.8 Handlungsbedarf aus anderen Teilprojekten	26
3.9 Bilanz	27
4 Lösungssuche	28
4.1 Einleitung.....	28
4.2 Komponenten der Basisinfrastruktur	29
4.3 Qualität, Portal und Befähigung	30
4.4 Bildung.....	30
4.5 Nationales Koordinationsorgan	30
4.6 IT-Infrastruktur bei den Akteuren.....	31
4.7 Prozesse mit Bezug zu den Versicherern/Administrative Prozesse	32
4.8 Anreize rund um das elektronische Patientendossier.....	32
4.9 Telemedizin	36
4.10 Fazit und Ausblick	37
Anhänge	38

Zusammenfassung

Ausgangslage

Der Steuerungsausschuss des Koordinationsorgans eHealth tagte am 10. April 2008 zum ersten Mal und verabschiedete die Aufträge an sechs Teilprojekte, darunter derjenige an das Teilprojekt Finanzierung und Anreizsysteme. Das Teilprojekt wird beauftragt, bis im April 2009 [späterer Auftrag: bis im August 2009] einen Bericht mit folgendem Inhalt zu liefern:

- 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).

Vor der Verabschiedung durch den Steuerungsausschuss im August 2009 wird eine breite Vernehmlassung durchgeführt.

Auftrag an das Teilprojekt Finanzierung und Anreizsysteme vom 10. April 2008

Analyse der Situation

Um eine Übersicht über die Finanzierung und über Anreizsysteme im Bereich eHealth zu bekommen, wurden folgende Themen analysiert: Finanzierung und Anreizsysteme in ausgewählten Ländern, Finanzierungs- und Anreizmodelle auf nationaler Ebene und die Finanzierung und Anreizsysteme in ausgewählten Kantonen. Es wurde ausserdem eine Literaturübersicht zum Thema erstellt.

Vorgehensweise in der Situationsanalyse

Auf Grund der Länderanalyse wird ersichtlich, dass der Nationalstaat eine tragende Rolle bei der Institutionalisierung und Förderung von eHealth hat. Grundversorger erhalten in allen betrachteten Ländern Zuschüsse für die zu tätigen Investitionen. Insbesondere im Bereich der eHealth-Infrastruktur sind Finanzierungs- und Anreizaspekte wichtig.

International: Nationalstaat spielt eine tragende Rolle

Die Finanzierungs- und Anreizmodelle auf nationaler Ebene wurden nur im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung untersucht. Die Analyse hat ergeben, dass die Finanzierung der eHealth-Komponenten heute auf den einzelnen Tarifpartnern lastet. Anreize beziehen sich einzig auf den betriebswirtschaftlichen Nutzen der einzelnen Gesundheitsinstitutionen oder des einzelnen Krankenversicherers.

National: Finanzierung von eHealth-Komponenten lastet heute auf den Tarifpartnern

Es existieren bisher keine differenzierten Finanzierungssysteme in den Kantonen, da die jeweiligen Modellversuche via Budget der Spitäler oder der zuständigen Departemente oder über einen Projektkredit finanziert werden. Einzig im Kanton Genf findet man den Ansatz eines Public-Private Partnership (PPP).

Kantone: keine differenzierten Finanzierungssysteme

In der Literatur finden sich zum Thema spärliche Hinweise.

Literatur: spärliche Hinweise

International wie national sind wenige Grundlagen vorhanden, die es erlauben würden, Lösungen im Bereich der Finanzierung und Anreizsysteme direkt übernehmen zu können. Vielmehr deutet alles darauf hin, dass diese Themen sehr länderspezifisch gelöst werden, d.h. dass sie dem jeweiligen Gesundheitssystem angepasst sind. Finanzierung und Anreiz-

Fazit Situationsanalyse: Finanzierung und Anreize sind Schlüsselthemen beim Vorantreiben von eHealth

systeme scheinen eines der Schlüsselthemen zu sein, wenn es darum geht, eHealth voranzubringen.

Handlungsbedarf

In der Phase der Evaluation des Handlungsbedarfs wurden folgende thematische Arbeitspakete gebildet: Nationale Voraussetzungen (u.a. Komponenten der Infrastruktur), IT-Infrastruktur bei den Akteuren, Prozesse mit Bezug zu den Versicherern, Prozesse rund um das elektronische Patientendossier, Leistungserbringer-Leistungserbringer Prozesse und telemedizinische Leistungen.

Vorgehen

Es wurden Komponenten der nationalen Infrastruktur betrachtet, bei denen die Finanzierung geregelt werden muss. Dies sind die Identifikation und Authentisierung der Systemteilnehmer, das nationale Koordinationsorgan sowie das Gesundheitsportal als Informations- und Serviceplattform und Eintrittspforte in das elektronische Patientendossier. Ein Handlungsbedarf ist gegeben.

Nationale Voraussetzungen: Handlungsbedarf gegeben

Die Förderung der Basisinfrastruktur bei den selbständig erwerbenden Behandelnden und den Gesundheitsinstitutionen erscheint zwar notwendig, doch in einem freiheitlich und wettbewerbsrechtlich orientierten System wie dem schweizerischen ist dies (wie bisher) nur durch Investitionen der Marktteilnehmer möglich. Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob zusätzlich zur tarifarischen Regelung Beiträge unter dem Titel "Anschubfinanzierungen" gewährt werden sollten.

IT-Infrastruktur bei den Akteuren: Beiträge gewähren unter dem Titel "Anschubfinanzierung"?

Da die Tarifpartner im Forum Datenaustausch im Bereich der Standardisierung der Prozesse mit Bezug zu den Versicherern und deren Inhalte bereits aktiv sind, besteht im Rahmen der Umsetzung der Strategie eHealth eher kein Handlungsbedarf. Aktivitäten im Bereich der Standardisierung der administrativen Prozesse sollten daher mit dem Forum Datenaustausch abgestimmt werden (Empfehlung an das Teilprojekt Standards und Architektur).

Prozesse mit Bezug zu den Versicherern: eher kein Handlungsbedarf

In dieser Phase wurden bereits mögliche Anreize für Behandelnde und für Patientinnen und Patienten definiert. Anreize für Behandelnde:

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

Prozesse rund um das elektronische Patientendossier: Handlungsbedarf gegeben

Anreize für Patientinnen und Patienten:

- 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 mit dem elektronischen Patientendossier 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.

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.

Leistungserbringer-
Leistungserbringer Pro-
zesse: kein Handlungsbe-
darf für das Teilprojekt
Finanzierung und Anreiz-
systeme

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. Zur Qualitätskontrolle ist ev. eine Zertifizierung der Anbieter und der Technologie und ein Betreiber für die Anwendung einer internationalen Norm vorzusehen. Ein Handlungsbedarf ist gegeben. Dennoch wird an dieser Stelle auf konkrete Empfehlungen verzichtet. Das Thema sollte als Teilbereich von eHealth im Rahmen der rechtlichen Umsetzung bearbeitet werden (Empfehlung 5, Teilprojekt „Rechtliche Grundlagen“).

Telemedizinische Leistun-
gen: Handlungsbedarf
gegeben

Folgende Bilanz wird aus den Erkenntnissen gezogen:

- Im Bereich der nationalen Voraussetzungen und zentral zu koordinierender Infrastruktur wird eher grosser Handlungsbedarf betreffend Finanzierung und Anreizsysteme gesehen. Auch bei dezentraler Infrastruktur (Arztpraxen, Spitex, etc.) wird grosser Handlungsbedarf gesehen, zur Überwindung anfänglicher "Durststrecken" und um einen Innovationssprung auszulösen. Hingegen wird bei den Anwendungen selbst über die bereits gestarteten Initiativen, bspw. im Teilprojekt Standards und Architektur, hinaus eher geringer Handlungsbedarf geortet.
- Die Finanzierung sollte so breit und differenziert wie möglich ges-

Fazit Handlungsbedarf:
fast durchwegs gegeben

taltet 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-Elementen, 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.

Lösungen

Bei der Lösungssuche wurde grundsätzlich nach derselben Systematik gearbeitet wie im vorangehenden Kapitel Handlungsbedarf: Komponenten der Basisinfrastruktur, Qualität, Portal und Befähigung, Bildung, Nationales Koordinationsorgan, IT-Infrastruktur bei den Akteuren, Prozesse mit Bezug zu den Versicherern/administrative Prozesse, Anreize rund um das elektronische Patientendossier und Telemedizin.

Vorgehen: Systematik beibehalten

Die formulierten Empfehlungen sind Mehrheitsentscheide des erweiterten Teams Finanzierung und Anreizsysteme. Sie wurden vom Kernteam erarbeitet.

Empfehlungen sind Mehrheitsentscheide

Die Aspekte der Finanzierung im Bereich Qualität, Portal und Befähigung sowie im Bereich Bildung wurden in den jeweiligen Teilprojekten (Online-Dienste und Befähigung sowie Bildung) behandelt.

Abgrenzung

Empfehlung zu den Komponenten der Basisinfrastruktur

- Empfehlung 1: Im Rahmen der weiteren Umsetzungsarbeiten müssen die Komponenten der Basisinfrastruktur konkretisiert werden. In Abhängigkeit von diesen Konkretisierungen wird den heutigen oder zukünftigen Betreibern der Basisinfrastruktur empfohlen, Budgets für die Etablierung und Weiterentwicklung entsprechender Komponenten der Basisinfrastruktur vorzusehen, beziehungsweise für die Finanzierung zu sorgen.

Komponenten der Basisinfrastruktur:
Konkretisierung und Bereitstellung von Budgets

Es stellte sich heraus, dass inhaltliche, organisatorische und technische Konkretisierungen erfolgen müssen, bevor das Thema Finanzierung/Zuständigkeiten aktuell wird. Die im Sommer 2009 vom BAG beim deutschen Beratungsunternehmen „empirica“ in Auftrag gegebene Expertise zur eHealth-Strategie (mit Schwerpunkt „Finanzierung und Anreizsysteme“)¹ unterstützt die Empfehlung: „Um Budgets vorzusehen, ist es

¹ Bewertung und Empfehlungen zur „Strategie eHealth Schweiz“ – mit besonderem Schwerpunkt auf „Finanzierung und Anreizsysteme“, empirica, Bonn, 4. August 2009, Seite 11.

unumgänglich, einen nationalen oder regionalen Entwicklungsplan, inklusive voraussichtlicher Zuständigkeiten, zu erstellen, die damit verbundenen organisatorischen Veränderungen zu identifizieren und darauf aufbauend eine Rahmen-Planung in Art eines Übersichts-Geschäftsplanes inklusive entsprechender zu erwartender Geldströme zu erstellen. Erst wenn zumindest „denkbare“ Budgets sowohl in ihrer Höhe als auch zeitlichen Verteilung vorliegen, kann die Finanzierungsfrage von den tatsächlichen Betreibern sinnvoll angegangen werden.“

Empfehlung zum nationalen Koordinationsorgan eHealth

- Empfehlung 2: Im Rahmen der weiteren Umsetzungsarbeiten und unter Beachtung der Erkenntnisse aus dem Teilprojekt „Rechtliche Grundlagen“ muss geklärt werden, welche Aufgaben das Koordinationsorgan in Zukunft haben soll, ob es um weitere Akteure aus Gesundheitswesen oder der Privatwirtschaft erweitert wird, welche Mitspracherechte bestehen und welche Organisationsform angemessen ist („Koordinationsorgan 2012+“). Die Finanzierung muss der zukünftigen Ausgestaltung des Koordinationsorgans entsprechen um dessen Weiterführung zu gewährleisten.

Koordinationsorgan:
Weitere Abklärungen
nötig

Falls ein rechtlich verankertes „Koordinationsorgan 2012“ angestrebt wird, ist ein Konzept in der ersten Hälfte 2010 zu Handen des Rechtsetzungsprojektes Bund notwendig. Die Abklärungen im Teilprojekt Recht haben ergeben, dass das Koordinationsorgan in der heutigen Form aller Voraussicht nach keine rechtsetzende Legitimation erhalten kann (Standards, verbindliche Vorschriften für Institutionen und Health Professionals, etc.). Da die Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen geteilt sind (keine parallele Kompetenzen), können Bund und Kantone nicht gemeinsam in einem rechtsetzenden Organ vertreten sein. Es versteht sich von selbst, dass solch einem Organ auch keine weiteren Akteure ohne Rechtsetzungskompetenzen beitreten könnten. Das zukünftige „Koordinationsorgan 2012+“ wird also weiterhin nur Empfehlungen verabschieden können. Aus diesem Grund können heute keine Vorschläge zur Finanzierung und zur Organisation des Koordinationsorgans gemacht werden. Das Mandat des heutigen Koordinationsorgans läuft Ende 2011 aus. Je nach Dauer der Rechtsetzung muss das Mandat in heutiger oder angepasster Form verlängert werden.

Empfehlung zur IT-Infrastruktur bei den Akteuren

- Empfehlung 3: In einer Bedarfsanalyse wird geklärt, ob und allenfalls welcher Bedarf für allfällige Fördermittel besteht. Die Arbeit ist Teil einer Studie über Anreize zur Förderung von eHealth-Projekten. Auf dieser Basis erarbeitet das Koordinationsorgan zu Handen von Bund und Kantonen einen Kriterienkatalog für die Vergabe von Förderbeiträgen.

Strategiekonforme
Projekte unterstützen

Mit einem einheitlichen Katalog erhalten Bund, Kantone und allenfalls weitere Akteure ein Instrument in die Hand, nach welchen Kriterien sie in ihrem Verantwortungsbereich gezielt eHealth-Projekte finanziell unterstützen und fördern können. Der Handlungsbedarf im Bereich der IT-

Neue Anforderungen

Infrastruktur bei den Freipraktizierenden und Gesundheitsinstitutionen ist unbestritten. Dabei geht es nicht um die IT-Unterstützung der administrativen Prozesse, welche bereits weit fortgeschritten ist. Ganz neue Anforderungen kommen auf diese Praxen und Institutionen zu, wenn es darum geht, Behandlungen elektronisch zu dokumentieren. Grundsätzlich wird anerkannt, dass zusätzlich zur tarifarischen Regelung (IT-Infrastruktur und deren Betrieb sind Teil der Kosten und sind in den Tarifen zu berücksichtigen) Beiträge unter dem Titel "Anschubfinanzierungen" gewährt werden sollten.

Die Studie der OECD vom 5.12.2008 (DELSA/HEA(2008)15) zeigt auf, dass die Messung des Nutzens derzeit nicht über Fallstudien hinausgeht, und dass kein Land hier einen signifikanten Vorsprung hat. Eines scheint jedoch klar: Ohne Investitionen kein Nutzen. Der Vorschlag, strategiekonforme Projekte zu fördern, durchbricht diesen Teufelskreis und bringt das System in Fahrt. Durch die mit der Förderung verbundenen Bedingungen kann eine gewisse Vergleichbarkeit geschaffen werden, die zu Transparenz und Standortwettbewerb führt. Ausserdem sollen die voraussichtlich limitierten Mittel punktuell und nicht nach dem Giesskannenprinzip vergeben werden können. Eine Koordination und gezielte Steuerung ist sowohl auf nationaler, wie auf regionaler und kantonaler Ebene sinnvoll.

Kein Nutzen ohne Investitionen

Die EU-Studie „Source of financing and policy recommendations“ vom Dezember 2008² empfiehlt eine aktive Förderung, damit mehr Projekte Erfolge verzeichnen und diese in den Pool der Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen einfließen.

Empfehlungen zu administrativen Prozessen

➤ *Empfehlung 4: Die Tarifpartner sollten administrative Geschäftsprozesse, die nutzbringend elektronisch umgesetzt werden können, in ihre Tarifverträge aufnehmen. Bund und Kantone wird empfohlen, bei der Genehmigung der Tarifverträge auf die Verankerung dieser elektronischen Prozesse zu achten.*

Administrative Geschäftsprozesse in die Tarifverträge aufnehmen

➤ *Empfehlung 5: Die administrierten Preise und Tarife sind so in elektronischer Form verfügbar zu machen, dass die Anwender sie direkt in ihre Informatiksysteme übernehmen können.*

Preise und Tarife in geeigneter Form verfügbar machen

Es wurde ein eingeschränkter Handlungsbedarf für die administrativen Prozesse geortet, da die Tarifpartner hier bereits aktiv sind (im ambulanten KV-Bereich haben die Tarifpartner bspw. die eRechnung bereits vertraglich festgelegt).

Empfehlungen zu Anreizen rund um das elektronische Patientendossier

➤ *Empfehlung 6: In den weiteren Arbeiten soll die Rolle der "Person des Vertrauens" konkretisiert werden. Die mit der Rolle verbundenen Tätigkeiten sind zu definieren und die Finanzierung sicherzustellen. Eine*

Elektronisches Patientendossier: Rolle der "Person

² European Commission - Sources of financing and policy recommendations to Member States and the European Commission on boosting eHealth investment, Dezember 2008, Seite 10.

Berücksichtigung in den Tarifverträgen ist zu prüfen. Das Koordinationsorgan bietet die Plattform, Detailfragen zu klären.

des Vertrauens" konkretisieren

Der Patient/die Patientin kann eine oder mehrere Personen des Vertrauens bezeichnen. Diese soll unter strikter Einhaltung des Datenschutzes Zugriff auf die Daten des elektronischen Patientendossiers haben und den Patienten/die Patientin in allen diesbezüglichen Angelegenheiten beraten. Bereits bestehende Ansätze oder Modelle sind bei der Konkretisierung der Rolle einzubeziehen.

Wird jemand in diesem Sinne 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. Falls die Bedingungen erfüllt sind, kann eine Vergütung in Frage kommen (z.B. abrechnungsberechtigter Leistungserbringer).

➤ Empfehlung 7: In den weiteren Arbeiten ist zu prüfen, wie der Zugriff der Patienten auf das individuelle elektronische Patientendossier umgesetzt und finanziert werden kann.

Patientenzugriff auf das Dossier: Umsetzung und Finanzierung klären

Für die Teilnahme am System elektronisches Patientendossier besteht für alle Akteure grundsätzlich kein Zwang. Das heisst exemplarisch für Patientinnen und Patienten:

Es steht jeder Person frei, das elektronische Patientendossier für die persönliche Einsichtnahme und die Zugriffsrechteverwaltung zu nutzen. Sie kann bei der Eröffnung erweiterten Zwecken der Verwendung seiner Daten zustimmen oder die Zustimmung verweigern. Folgende Zwecke sind denkbar: Notfallzugriff (möglichst unbeschränkter Zugriff auf Daten durch Arztpersonen im Notfalldienst), anonymisierter Zugriff für Forschungszwecke, Zugriff bei Zugehörigkeit zu einer Gruppe (z.B. alle Ärzte der Abteilung x des Spitals x oder alle Rheumatologen). Sie kann jeder Arztperson den Zugriff auf ihr elektronisches Patientendossier verweigern. Die teilnehmende Person wird durch den Anbieter des "Abonnements" über die Nutzungsbedingungen in verständlicher Form aufgeklärt. Finanzierungsmöglichkeiten können ausgearbeitet und vorgeschlagen werden, sobald definiert ist, wie der Patientenzugriff auf das individuelle elektronische Patientendossier umgesetzt werden kann.

Fazit und Ausblick

Das Fazit aus den Arbeiten im Teilprojekt lautet:

Fazit: Weitere

- Viele Systemkomponenten müssen weiter konkretisiert, d.h. es müssen Ausprägungen und Zuständigkeiten definiert werden. Kostenschätzungen und Finanzierungsmodelldiskussionen sind in diesem Bereich erst dann möglich.
- Die Teilaspekte (bspw. Komponenten der Basisinfrastruktur oder die Förderung der Telemedizin) sollten im Rahmen der weiteren Umsetzungsarbeiten thematisch aufgearbeitet und die zugehörigen Finanzierungsaspekte im Rahmen dieser Arbeiten behandelt werden (wie dies die Teilprojekte Online-Dienste und Befähigung und Bildung bereits taten).
- Es wird grundsätzlich ein liberaler und freiwilliger Ansatz verfolgt und nicht ein gesetzlicher Zwang. Der Nutzen von eHealth soll die Betroffenen überzeugen und nicht grosse monetäre Beiträge/Anreize. Anschubfinanzierungen, um die kritische Masse zu erreichen, sind vorzusehen.
- Die Wirksamkeit der eingeführten Anreizsysteme sollte ab Beginn überprüft und evaluiert werden. Im Verlauf der Einführung ermittelte Kosten und Nutzen müssen zur Anpassung der Ausgestaltung von Anreizsystemen führen.
- Die weiteren Arbeiten ergeben sich aus den formulierten Empfehlungen 1 bis 7. Die Zuständigkeiten für die weiteren Arbeiten müssen zum Teil neu definiert werden.

Wie diese Konzeptarbeit konkret angegangen werden kann, zeigt die Expertise des Beratungsunternehmens „empirica“:

- Erstellen eines nationalen oder regionalen Entwicklungsplan, inklusive voraussichtlicher Zuständigkeiten;
- Identifikation der damit verbundenen organisatorischen Veränderungen (change management);
- Darauf aufbauend Erstellen einer Rahmen-Planung in Art eines Übersichts-Geschäftsplanes (inklusive entsprechender zu erwartender Geldströme);
- Parallel zu den oben erwähnten Aufgaben ist eine Analyse von Anreizsystemen zur effizienten Implementierung von eHealth-Infrastrukturen und –Anwendungen notwendig. Diese Implementierung muss sich aufgrund des schweizerischen Föderalismus primär auf Mittel der nicht-hierarchischen Handlungskoordination stützen;
- Im Hinblick auf konkrete Finanzierungserfordernisse kann es hilfreich sein, eine Liste denkbarer Quellen, Instrumente und Arrangements zu haben, die wie eine Prüfliste abgehandelt werden können;
- Erst wenn klar herausgearbeitet wird, welcher Nutzen – und welche Kosten – für wen dauerhaft entstehen werden bzw. zu erwarten sind, macht es Sinn, ein detaillierteres, tragfähiges Finanzierungskonzept zu erarbeiten, das die jeweiligen Interessenlagen, die Leistungsfähigkeit und -willigkeit der Akteure sowie die potentielle Verfügbarkeit privater und öffentlicher Mittel berücksichtigt.

Ausgangslage

1.1 Auftrag und Projektvereinbarung

Der Bundesrat hat am 27. Juni 2007 die Strategie eHealth Schweiz verabschiedet. Es wurden drei Handlungsfelder definiert: Elektronisches Patientendossier, Online-Dienste und Umsetzung der Strategie. Als prioritäre Massnahme wurde am 6. September 2007 ein nationales Koordinationsorgan gegründet. In einer Rahmenvereinbarung haben das Eidg. Departement des Innern (EDI) und die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) beschlossen, die Umsetzung der Strategie eHealth gemeinsam an die Hand zu nehmen. Eine Geschäftsstelle koordiniert die Arbeiten von Bund und Kantonen.

Verabschiedung der Strategie eHealth Schweiz und Gründung des Koordinationsorgans Bund-Kantone im Jahr 2007

Im Kapitel 8 der Strategie eHealth Schweiz werden bereits vier Anreizmodelle genannt, welche international diskutiert werden:

Inhalte aus der Strategie eHealth im Bereich Finanzierung und Anreizsysteme

- Unterschiedliche Tarife für IKT-Einsatz;
- Differenzierte Kostenbeteiligung für Patientinnen und Patienten;
- Direkte Vergütung für die einzelne Leistung;
- Vergütung je nach Leistung und Qualität.

Diese von der OECD dargestellten Modelle müssen in den weiteren Umsetzungsarbeiten näher beleuchtet werden.

Der Steuerungsausschuss des Koordinationsorgans eHealth tagte am 10. April 2008 zum ersten Mal und verabschiedete die Aufträge an die sechs Teilprojekte, darunter derjenige an das Teilprojekt Finanzierung und Anreizsysteme. Das Teilprojekt wird beauftragt, bis im April 2009 [späterer Auftrag: bis im August 2009] einen Bericht mit folgendem Inhalt zu liefern:

Auftrag an das Teilprojekt Finanzierung und Anreizsysteme vom 10. April 2008

- 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).

In der Projektvereinbarung vom 17. Juni 2008 wurde dieser Auftrag konkretisiert und Meilensteine, Ressourcen und die Projektorganisation beschrieben.

Projektvereinbarung vom 17. Juni 2008

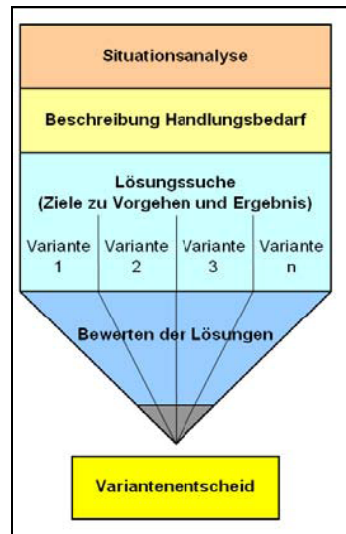
Durch den Rückzug des Co-Projektleiters von Seiten santésuisse ohne Nachfolgeregelung blieb die Co-Projektleitung bis zum Abschluss der Arbeiten vakant. Die Versichererseite war jedoch während der gesamten Projektlaufzeit durch santésuisse, den SVV und die SUVA vertreten.

Co-Projektleitung seit August 2008 vakant

1.2 Vorgehen

Damit die Empfehlungen an den Steuerungsausschuss für Aussenstehende nachvollziehbar sind, müssen sie gemäss dem Auftrag vom 10. April 2008 folgendermassen dargestellt werden:

Vorgaben aus dem Auftrag vom 10. April 2008



Bis zur zweiten Sitzung des Steuerungsausschusses im August 2008 liegt eine Situationsanalyse in den relevanten Themenbereichen vor.

Situationsanalyse

Bis zur dritten Sitzung des Steuerungsausschusses im Oktober 2008 ist der Handlungsbedarf geklärt.

Klärung Handlungsbedarf

An der fünften Sitzung des Steuerungsausschusses im März 2009 werden dem Steuerungsausschuss Varianten der Umsetzung inkl. Empfehlungen präsentiert.

Variantenbildung

Anschliessend folgt eine Phase, in der die Teilprojektgruppen, die beratende Begleitgruppe wie auch angefragte Experten die Varianten bewerten.

Bewertung

Im August 2009 entscheidet der Steuerungsausschuss über die Elemente für Finanzierung und Anreizsysteme und empfiehlt damit verschiedenen Akteuren, entsprechende Aktivitäten auszulösen.

Entscheid durch die Steuergruppe

1.3 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 finanzieren müssen, 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

2 Analyse der Situation (Stand: 31. Juli 2008)

2.1 Vorgehen

Um zu einer Übersicht über die Finanzierung und über Anreizsysteme im Bereich eHealth zu gelangen, wurden folgende Themengebiete ausgewählt und als Arbeitspakete bearbeitet:

Vorgehen: Schnüren von Arbeitspaketen

Thema	Fragestellung	Kap.
Finanzierung und Anreizsysteme in ausgewählten Ländern	Wie werden eHealth-Infrastruktur und eHealth-Leistungen in anderen Ländern finanziert? Welche Anreize wurden/werden etabliert?	2.2
Finanzierungs- und Anreizmodelle auf nationaler Ebene	Welche Finanzierungs- und Anreizmodelle sind insbesondere im Bereich des KVG verankert?	2.3
Finanzierung und Anreizsysteme in ausgewählten Kantonen	Wie regeln Kantone bei ihren eHealth-Vorhaben die Finanzierung, und welche Anreizsysteme haben sie etabliert oder sehen sie vor?	2.4
Literaturübersicht	Wie wurde zur Finanzierung und zu Anreizsystemen im Bereich eHealth Stellung genommen?	2.5

2.2 Finanzierung und Anreizsysteme in ausgewählten europäischen Ländern

Diese Darstellung befasst sich nicht in erster Linie mit der tatsächlichen und konkreten Ausgestaltung eines eHealth-Systems in anderen Ländern. Informationen dazu werden im Rahmen dieser Übersicht nur insofern dargestellt, als dass sie für das Verständnis der Finanzierung und der Anreizmechanismen wichtig sind.

Abgrenzung

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.

Vorgehen und Auswahl der Länder

Dänemark betreibt seit 1996 eine nationale Plattform für den Auf- und Ausbau der nationalen eHealth-Infrastruktur (MedCom). Das Webportal www.sundhed.dk wurde zunächst für den Daten- und Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern konzipiert und 2003 als Service-Portal für die Bevölkerung erweitert. Das System ist sowohl bei den Leistungserbringern als auch der Bevölkerung gut akzeptiert und gilt als fortschrittlich.

Dänemark: System ist akzeptiert und gilt als fortschrittlich

Verschiedene Komponenten der Finanzierung und etablierte Anreize sind interessant:

- Differenzierte Beteiligung an der Trägerorganisation MedCom: MedCom und deren Aktivitäten werden zu 50% durch den Nationalstaat finanziert, zu 35% durch die Regionen. Der Rest verteilt sich auf Gemeinden und private Organisationen (bspw. die dänische Apothekervereinigung).
- Starthilfe für freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte: Die Starthilfe in Form einer einmaligen Vergütung sank im Lauf der Jahre. Damit wurden early adopters belohnt.
- Transaktionsabhängige Belohnung derjenigen Leistungserbringer, welche für den Kommunikations- und Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern die nationale Kommunikationsinfrastruktur benutzen statt papiergebundene Prozesse zu erhalten.

In Deutschland wurde im Jahr 2004 das Gesundheitsmodernisierungsgesetz erlassen, welches die elektronische Gesundheitskarte eGK detailliert regelt. Dabei setzt Deutschland auf kooperative Strukturen, die in ihren Hauptzügen im Selbstverwaltungsprinzip über Rahmenbedingungen des Staates gesteuert werden. Die Rahmenbedingungen werden durch den Gesetzgeber vorgegeben.

Deutschland: Selbstverwaltungsprinzip mit Rahmenbedingungen des Staates

Folgende Komponenten z Finanzierung und Anreize wurden gesetzlich festgelegt:

- Grundsätzlich gilt: Krankenkassen und Leistungserbringer sollen den Übergang zur elektronischen Kommunikation finanziell unterstützen.
- Die Trägerorganisation Gesellschaft für Telematik wird mangels Einigung unter den 15 Trägerorganisationen über den Bund der Krankenkassen finanziert (1.00 Euro pro Versicherten).
- Die bei den Leistungserbringern entstehenden Investitions- und Betriebskosten werden durch Zuschläge über die Krankenkassen finanziert (Telematikzuschlag).
- Bei Behandlungen ausserhalb der gesetzlichen Krankenversicherung können die Leistungserbringer nutzungsbezogene Zuschläge für die Verwendung der eGK verlangen.
- Krankenkassen können ihren Versicherten finanzielle Unterstützung gewähren bei von Dritten angebotenen Dienstleistungen der elektronischen Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.

Der Fokus der Niederlande liegt auf der nationalen Koordination. Im Dezember 2001 wurde das Nationale IKT-Institut für die medizinische Versorgung NICTIZ gegründet. Nach der Gründungsphase entwickelte es sich zu einer Public Private Partnership, bei der Patienten, Gesundheitsberufe, IKT-Industrie sowie nationale bis lokale Behörden beteiligt sind.

Niederlande: staatliche Finanzierung von eHealth

Bezüglich Finanzierung und Anreizsystemen ergibt sich folgendes Bild:

Alle Komponenten der Infrastruktur, auch NICTIZ, werden durch den Staat (nationale Ebene) finanziert. Weitere Anreizsysteme sind nicht dokumentiert.

Das Flaggschiff der Österreichischen eHealth-Projekte ist die e-card, eine elektronische Krankenversicherungskarte, welche zur Bürgerkarte erweitert werden kann. Damit wurden Verwaltungsabläufe im Gesundheitswesen Österreichs modernisiert (Ablösung des Krankenscheins). Gleichzeitig mit der Einführung der e-card wurde flächendeckend ein geschlossenes Breitband-Intranet für die niedergelassenen Ärzte aufgebaut.

Im Rahmen der nationalen eHealth-Strategie verfolgt Österreich nun den Aufbau der elektronischen Gesundheitsakte ELGA. Um das Projekt voranzutreiben wurde eine Arbeitsgemeinschaft ARGE ELGA gegründet.

Folgende Finanzierungs- und Anreizkomponenten konnten identifiziert werden:

- e-card: Niedergelassene Ärzte erhalten bis 2009 die nötige Infrastruktur von der sozialen Krankenversicherung kostenlos (ca. 800 EURO pro Leistungserbringer).
- e-card: Niedergelassene Ärzte zahlen ADSL-Verbindung und Anpassung ihrer Praxissoftware selbst.
- ELGA: Finanzierung der ARGE ELGA vorläufig durch die Bundesgesundheitsagentur (Bareinlage von 2.4 Mio. EURO). Die Projektpartner (Länder, Gemeinden, Krankenversicherer, Ärzte) beteiligen sich ohne Kostenfolge an den Arbeiten.

In Schottland wurde die neue eHealth Strategie 2008-2011 verabschiedet. In den nächsten drei Jahren soll die Plattform für ein umfassendes elektronisches Patientendossier geschaffen werden.

85% der Grundversorger nutzen die Software "General Practice Administration System for Scotland GPASS" zur Erfassung wichtiger Patientendaten, die zentral zugänglich abgelegt sind. Das System ist gut akzeptiert, Irland möchte es übernehmen.

Folgende Finanzierungs- und Anreizkomponenten konnten identifiziert werden:

- Die Schottische Regierung wird weiterhin eHealth-Massnahmen massiv ausbauen (2005/2006: £ 40 Mio., 2010/2011; £ 140 Mio.).
- Der National Health Service stellt den Grundversorgern kostenlos eine Software GPASS zur Verfügung.
- Die Grundversorger, welche die Patientendaten über GPASS zur Verfügung stellen, nehmen eine Lohnkürzung in Kauf, erhalten dafür jedoch geregelte Arbeitszeiten (9.00 bis 17.00 Uhr).

Auf Grund der Länderanalysen kann zusammenfassend gesagt werden:

- 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), der auch die Finanzierung regelt.
- 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

Österreich: Partnerschaftlicher Ansatz mit Finanzierung des Staates

Schottland: Staatliche Finanzierung und Umsetzung

Zusammenfassung

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.

Übersicht über die Finanzierung und Anreizsysteme in ausgewählten europäischen Ländern. Anhang 1

2.3 Finanzierungs- und Anreizmodelle auf nationaler Ebene

Auf Grund von Zeit- und Ressourcenengpässen wurde in der Übersicht nur der Krankenversicherungsbereich analysiert. Die Bereiche der übrigen Sozialversicherungen und der Zusatzversicherungen wurden ausgeklammert. Abgrenzung

Im vorliegenden Kontext geht es ausserdem nicht um die internen, betriebswirtschaftlichen EDV-Instrumente der einzelnen Akteure.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) enthält keine Vorgaben bezüglich des elektronischen Datenaustauschs. Es gibt auch keine Vorgaben betreffend dem Einsatz von eHealth-Komponenten. Dabei gibt es zwei Ausnahmen: Rechtliche Rahmenbedingungen

- Artikel 42a KVG (Versichertenkarte) verlangt, dass die Versichertenkarte mit ihrer Benutzerschnittstelle die Rechnungsstellung vereinfachen soll (Absatz 2) und dass der Bundesrat die technischen Standards zu verfügen hat (Absatz 3). Das Gesetz regelt keine übergeordnete Finanzierung, sondern überträgt die Umsetzung und Finanzierung den einzelnen Akteuren (Krankenversicherer und Leistungserbringer).
- Artikel 59 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Rechnungsstellung) enthält konkrete Anforderungen an die Inhalte der Rechnungsstellung. Dabei wird neu (ab 1.1.2010) die Angabe der Kennnummer der Versichertenkarte und der AHV-Nummer verlangt. Für die operative Umsetzung von Gesetz und Verordnung wird auf das Prinzip der Tarifverträge verwiesen. Die Krankenversicherer und Leistungserbringer sollen gemeinsam die inhaltliche und technische Abwicklung vereinbaren. Die Tarifverträge müssen gemäss KVG vom Kanton oder vom Bund bewilligt werden.

Im heutigen System geht der Gesetzgeber davon aus, dass die Tarifpartner gemeinsame Lösungen für elektronische Optimierungen finden und dass sie gemeinsam die überbetrieblichen und die innerbetrieblichen Investitionen und Kosten selber finanzieren. Die wesentlichen Anstrengungen der Tarifparteien beim elektronischen Datenaustausch beziehen sich auf den Bereich der Rechnungsstellung.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung kennt behördlich festgesetzte sowie von den Tarifparteien vertraglich vereinbarte Tarife:

Tarifsystem im Bereich KVG

Bei administrierten Tarifen bzw. Preisen wie Analyseliste, Spezialitätenliste, Mittel- und Gegenstände-Liste, etc. erlässt das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI) die Tarifstruktur und die Bewertungsrelation bzw. den Preis. Die Tarifierhebung bzw. -umsetzung wird auch hier nicht vorgegeben. Es ist sogar so, dass die Bereitstellung dieser Tarife zwar elektronisch erfasst, jedoch nicht in der notwendigen elektronischen Qualität vorhanden sind. Sie müssen von den einzelnen Anwendern der Tarife in eine geeignete Form transformiert werden, damit sie überhaupt bspw. in der (elektronischen) Rechnungsprüfung oder in der Leistungserfassung eingesetzt werden können.

Administrierte Tarife bzw. Preise

Die wichtigsten vertraglich vereinbarten Tarife sind im Medikamentenbereich die LOA (Leistungsorientierte Abgeltung im Bereich der Apotheken) im ambulanten Bereich der TARMED (Einzelleistungstarif zur Abgeltung ambulanter Arzt- und Spitalleistungen) und der Physiotherapietarif sowie im stationären Bereich diverse Pauschaltarife - auf gesamtschweizerischer Ebene insbesondere jene der Unfallversicherung. Daneben werden zahlreiche Tarife auf kantonaler Ebene vereinbart. Die Umsetzung wird von den Tarifparteien vertraglich geregelt.

Vertraglich vereinbarte bzw. behördlich festgesetzte Tarife

Es finden sich nur in zwei Tarifverträgen konkrete Regelungen für den Einsatz von eHealth-Komponenten bei den administrativen Prozessen:

- TARMED mit der Vorschrift zum Einsatz der elektronischen Rechnungsübermittlung an die Krankenversicherer (direkt im Verfahren Tiers payant, indirekt im Verfahren Tiers garant als Rückforderung).
- LOA mit der Vorschrift zur Vorweisung eines Versicherungsausweises (VeKa, Covercard, etc.) zur Prüfung des Medikamentenbezugs und zur Unterstützung des Kredit-Verkaufs (Verrechnung im Tiers payant direkt an den Versicherer).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Finanzierung der eHealth-Komponenten auf den einzelnen Marktteilnehmern, Akteuren und Tarifpartnern lastet und dass sich daraus einige Angebote von externen Intermediären entwickelt haben (s. Beilage).

Zusammenfassung

Anreize ergeben sich heute nur auf Grund von betriebswirtschaftlichem Nutzen des einzelnen Leistungserbringers oder Krankenversicherers. Aus dem volkswirtschaftlichen Nutzen der Durchdringung des Gesundheitswesens mit dem Einsatz von eHealth-Komponenten und dem Nutzen für den einzelnen Patienten ergeben sich keine starken Anreize.

Ein negativer Anreiz 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, erhöht sich das Missbrauchsrisiko der Daten.

Wie in der Praxis der konsequente Einsatz von eHealth-Komponenten behindert wird, zeigt das Beispiel des TARMEDS (s. Beilage). Aus Sicht der Krankenversicherer ist der Einsatz von eHealth-Komponenten in der

Praxis-Infrastruktur inbegriffen, und die Leistungserbringer verlangen zusätzliche Entgelte in der Form von speziellen Leistungspositionen für die einzelnen eHealth-Komponenten.

Übersicht über Initiativen, Dienstleistungen und Anbieter im Bereich eHealth und elektronischer Datenaustausch und Beispiel für Anreize im Tarif TARMED. Anhang 2

2.4 Finanzierung und Anreizsysteme in ausgewählten Kantonen

Es ist festzuhalten, dass sich die vorliegende Analyse auf Pilotversuche beschränkt hat, die durch die zuständigen kantonalen Departemente organisiert sind und rein privatwirtschaftliche Initiativen zwischen Leistungserbringern und Versicherern nicht einbeziehen konnte. Einschränkung

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 (bspw. rete sanitaria, TI). Weitere finanzielle Trägerschaften existieren, sind aber nicht ausgewiesen. Keine differenzierten Finanzierungssysteme

Einzig im Kanton Genf existiert bisher ein Ansatz für die Etablierung einer gemischten Finanzierungsform unter kantonaler Beteiligung (PPP). Artikel 2 des Projet de loi sur le réseau communautaire d'informatique médicale du système de santé du canton de Genève (e-toile) PL-RCIM beschreibt die Etablierung einer gemischtwirtschaftlichen Gesellschaft als Trägerorganisation eines eHealth-Pilotprojekts. Kanton Genf will PPP etablieren

2.5 Literaturübersicht

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. Spärliche Hinweise

Einzig die OECD hat eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit Anreizsystemen befasst. Ihr Bericht erschien im Dezember 2008. Allerdings brachte er im Bereich der Anreize keine neuen Erkenntnisse, sondern widmete sich Indikatoren zur Nutzenmessung (s. Kap. 4.1). Arbeiten der OECD

Übersicht über Links und Literatur. Anhang 3

2.6 Bilanz

International wie national sind wenige Grundlagen vorhanden, die es erlauben würden, Lösungen im Bereich der Finanzierung und Anreizsysteme direkt zu übernehmen. Vielmehr deutet alles darauf hin, dass diese Themen sehr länderspezifisch gelöst werden, d.h. dass sie dem jeweiligen Gesundheitssystem angepasst sind. Finanzierung und Anreizsysteme scheinen eines der Schlüsselthemen zu sein, wenn es darum geht, eHealth voranzubringen.

Die Komponenten der Finanzierungs- und Anreizmodelle müssen an schweizerische Systemverhältnisse angepasst werden. Mindestens diejenigen Komponenten, die alle betrachteten Länder wählen (starke Rolle des Staates, finanzielle Unterstützung der freipraktizierenden Health Professionals als Startinvestition), müssen näher betrachtet werden.

Finanzierung und Anreize sind Schlüsselthemen beim Vortreiben von eHealth

Fazit für die Schweiz

3 Handlungsbedarf für Finanzierung und Anreizsysteme

3.1 Vorgehen

In der zweiten Phase geht es darum, den Handlungsbedarf im Bereich Finanzierung und Anreizsysteme zu evaluieren. Dazu wurden thematische Arbeitspakete gebildet und neben den Arbeiten im Kernteam diverse Experteninterviews geführt.

Vorgehen: Schnüren von Arbeitspaketen und Interviews

Thema	Kap.
Nationale Voraussetzungen	3.2
IT-Infrastruktur bei den Akteuren	3.3
Prozesse mit Bezug zu den Versicherern	3.4
Prozesse rund um das elektronische Patientendossier	3.5
Leistungserbringer-Leistungserbringer Prozesse	3.6
Telemedizinische Leistungen	3.7

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 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.

Fragestellung

Im Sinne der Koordination der Aktivitäten der Teilprojekte gab die Geschäftsstelle die Gelegenheit, gegenseitig Fragen zu formulieren (vgl. Kapitel 3.8).

Handlungsbedarf aus anderen Teilprojekten

Nach Abschluss der Kapitel 1 und 2 kam der Hinweis, ob es nicht wünschbar wäre, den Unfallversicherungsbereich zu erwähnen, da nur vom Krankenversicherungsbereich ausgegangen worden war. Die Suva lieferte daraufhin freundlicherweise einen Vergleich: Hinweise auf wesentliche Unterschiede des UVG gegenüber dem KVG im Zusammenhang mit der "Strategie eHealth Schweiz".

Rückblick: Ergänzung UV-Bereich, Anhang 4

3.2 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.

Komponenten, bei denen die Finanzierung geregelt werden muss

Weitere Elemente werden aus den Arbeiten im Teilprojekt Standards und Architektur hervorgehen und müssen später bearbeitet werden.

- *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 des Zugriffs, resp. eines Authentisierungsmittels für ihr elektronisches Patientendossier 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.
 - Health Professionals und ihre Institutionen: Hier sind verschiedene organisatorische Lösungen denkbar: Die Leistungserbringer selbst sind zuständig für die Ausgabe eines Authentisierungsmittels (bspw. HPC), die Kantone stellen es bei der Zulassung aus, der Bund stellt es aus (Anknüpfungspunkt: Register MedBG).
 - Versicherer/Leistungsträger: Analog muss die Fragestellung bei allen indirekten 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.
- *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 regelt, mit der Konsequenz, dass die Werbung eindringt oder die Aufgabe nicht wahrgenommen wird.

Identifikation und Authentifikation der Systemteilnehmer

Nationales Koordinationsorgan

Gesundheitsportal

Ein Handlungsbedarf ist gegeben.

Fazit

3.3 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. Ausserdem ergeben sich ganz neue Anforderungen durch die elektronische Dokumentation medizinischer Behandlungsprozesse.

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 selbständig erwerbenden Behandelnden und den Gesundheitsinstitutionen erscheint zwar notwendig, doch in einem freiheitlich und wettbewerbsrechtlich orientierten System wie dem schweizerischen ist dies (wie bisher) nur durch Investitionen der Marktteilnehmer möglich. Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob zusätzlich zur tarifarischen Regelung Beiträge unter dem Titel "Anschubfinanzierungen" gewährt werden sollten.

Fazit

3.4 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:

Mögliche Anreize

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

Da die Tarifpartner im Forum Datenaustausch im Bereich der Standardisierung der Prozesse und Inhalte bereits aktiv sind, besteht im Rahmen der Umsetzung der Strategie eHealth eher kein Handlungsbedarf. Aktivitäten im Bereich der Standardisierung der administrativen Prozesse soll-

Fazit

ten daher mit dem Forum Datenaustausch abgestimmt werden (Empfehlung an das Teilprojekt Standards und Architektur).

3.5 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, allenfalls gegen eine kostendeckende Gebühr. 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, der, falls die Bedingungen erfüllt sind, als Pflichtleistung tarifiert werden kann.

Die Daten gehören dem Patienten/der Patientin

Mögliche Anreize für Leistungserbringer:

Mögliche Anreize

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

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 mit dem elektronischen Patientendossier 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

3.6 Leistungserbringer-Leistungserbringer-Prozesse

Den Prozessen zwischen Leistungserbringern entlang der Behandlungskette muss eine hohe Priorität eingeräumt werden. Es handelt sich dabei beispielsweise um den Austausch von Daten und Informationen bei einer Zuweisung zu einem anderen Behandelnden und um die Rückmeldung von Berichten und Befunden. Im gleichen Kontext ist auch die integrierte Medikamentenverordnung zu betrachten. Gerade in diesem Bereich haben aber Leistungserbringer das grösste Interesse, Informationen zu teilen und Spitäler, eine hohe Zuweiserbindung 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 eventuell.

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

3.7 Telemedizinische Leistungen

Telemedizin bezeichnet die Interaktion

Systematisierung

- zwischen Patient und Health Professional (Telekonsultation)
- oder unter Health Professionals (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. Telediagnostik 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 für Anbieter 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 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 zwischen den Leistungsformen.
- Kantonale Gesetzgebung: Der Kanton Basel-Stadt überlegt sich eine gesetzliche Verankerung der Telemedizin. Ansonsten wurde keine Telemedizin-fördernde Gesetzgebung gefunden, es existieren bspw. eher hemmende Bestimmungen (z.B. ein explizites Verbot von telemedizinischen Anwendungen).

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. 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

3.8 Handlungsbedarf aus anderen Teilprojekten

Es sind nur wenige Fragen aus den anderen Teilprojekten, die über die bereits bearbeiteten Aspekte hinausgehen, eingegangen:

Fragen aus den Teilprojekten

Teilprojekt Online-Dienste und Befähigung:

Teilprojekt Online-Dienste und Befähigung

Frage	Antwort
Anreize für ein Qualitätslabel?	Um Stellung nehmen zu können, werden konkretere Informationen zur Ausgestaltung der Lösung im TP Online-Dienste und Befähigung benötigt (neues Label schaffen oder ein bestehendes empfehlen; als Bund selbst tätig werden oder Anbieter von Portalen zertifizieren, etc.). Wird in die Überlegungen der nächsten Phase aufgenommen (bei Thema nationale Voraussetzungen).

Teilprojekt Bildung:

Frage	Antwort
Welche Anreize für Bildungsmaßnahmen sollen getroffen werden?	Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass Bildungsinstitutionen dort ein Angebot schaffen, wo auch eine Nachfrage besteht. Eine Aktivität muss sorgfältig geprüft werden. Wird in die Überlegungen der nächsten Phase aufgenommen (neues Thema bei nationale Voraussetzungen).

Teilprojekt Bildung

3.9 Bilanz

Folgende Bilanz wird aus den Erkenntnissen des Kapitels 3 gezogen:

Bilanz

- Im Bereich der nationalen Voraussetzungen und zentral zu koordinierender Infrastruktur wird eher grosser Handlungsbedarf betreffend Finanzierung und Anreizsysteme gesehen. Auch bei dezentraler Infrastruktur (Arztpraxen, Spitex, etc.) wird grosser Handlungsbedarf gesehen, zur Überwindung anfänglicher "Durststrecken", und um einen Innovationssprung auszulösen. Hingegen wird bei den Anwendungen selbst über die bereits gestarteten Initiativen, bspw. im Teilprojekt Standards und Architektur, hinaus eher geringer Handlungsbedarf geortet.
- 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-Elementen, 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.

4 Lösungssuche

4.1 Einleitung

Das Teilprojekt Standards und Architektur hat per Ende Oktober 2008 seine Empfehlungen sowie einen erläuternden Bericht vorgelegt. Ausgehend von diesen Arbeiten wurden die weiteren Aktivitäten im Teilprojekt Finanzierung und Anreizsysteme geplant und die folgenden Arbeitspakete geschnürt. Dabei wurde die Systematik aus Kapitel 3 grundsätzlich beibehalten:

Vorgehen: Arbeitspakete gemäss Struktur in Kapitel 3 geschnürt

Thema	Kap.
Komponenten der Basisinfrastruktur	4.2
Qualität, Portal und Befähigung	4.3
Bildung	4.4
Nationales Koordinationsorgan	4.5
IT-Infrastruktur bei den Akteuren	4.6
Prozesse mit Bezug zu den Versicherern/Administrative Prozesse	4.7
Anreize rund um das elektronische Patientendossier	4.8
Telemedizin	4.9

Die in diesem Kapitel formulierten Empfehlungen sind Mehrheitsentscheide des erweiterten Teams Finanzierung und Anreizsysteme. Sie wurden vom Kernteam erarbeitet.

Empfehlungen sind Mehrheitsentscheide

Die OECD hat am 3. Dezember 2008 den Bericht "Health ICT: Indicators for international comparisons of health ICT adoption and use" veröffentlicht (DELSA/HEA(2008)15). Dies im Rahmen eines bereits erwähnten Projekts zu "Assessing incentives for implementation of information and communication technologies (ICTs) in the health sector".

Studie der OECD zu Indikatoren der IKT im Gesundheitswesen vom 3.12.2008: Nutzenmessung vor Entwicklung von Anreizsystemen

Die OECD zeigt auf, dass methodologische Hindernisse bewirken, dass der Nutzen von IKT im Gesundheitswesen schwer zu dokumentieren ist. Barrieren sind unter anderem die Definition von IKT, die Qualität der Daten, die Beweissammlung und das Fehlen von angemessenen Auswertungsmodellen. Erschwert wird die Analyse ebenfalls dadurch, dass Kosten oft sofort anfallen, der Nutzen sich jedoch erst später bemerkbar macht. Die meisten existierenden Studien sind durch methodologische Zwänge und strategische sowie politische Ziele der jeweiligen Länder beeinflusst und deshalb schwer vergleichbar.

Das Ziel des OECD-Papiers ist es, die meistgebrauchten Indikatoren für die IKT-Einführung und ihren Gebrauch im Gesundheitswesen zu identifizieren. Das Dokument beinhaltet einen Überblick über die momentan

existierenden Studien zum Thema IKT im Gesundheitswesen und untersucht, wie jeweils diese den Nutzen von IKT messen. Eine Schlussfolgerung ist, dass das Messen von IKT-Aktivitäten drei Etappen in der IKT-Entwicklung beinhaltet: Bereitschaft zu IKT-Aktivitäten, Intensität sowie Auswirkung von IKT-Aktivitäten und somit zu jeder Etappe Indikatoren vorhanden sein sollten. In einem weiteren Schritt schlägt das Papier Indikatoren vor, welche genug flexibel sind, sich den nationalen und lokalen Gegebenheiten anzupassen und für eine Modellstudie gebraucht werden können.

Damit zeigt die OECD mit ihrer breit angelegten Arbeit, dass Anreizsysteme auf Grund schwer nachweisbarem Nutzen nicht einfach zu entwerfen sind. Im nächsten Schritt will die Arbeitsgruppe der OECD die Modellstudie erarbeiten.

4.2 Komponenten der Basisinfrastruktur

Bei der Bearbeitung der Arbeitspakete gemeinsam mit der Co-Leitung des Teilprojekts Standards und Architektur und der Diskussion durch das Projektleitungsgremium an seiner Retraite im Dezember 2008, stellte sich heraus, dass inhaltliche, organisatorische und technische Konkretisierungen erfolgen müssen, bevor das Thema Finanzierung/Zuständigkeiten aktuell wird. Die im Sommer 2009 vom BAG beim deutschen Beratungsunternehmen „empirica“ in Auftrag gegebene Expertise zur eHealth-Strategie (mit Schwerpunkt „Finanzierung und Anreizsysteme“)³ unterstützt diese Empfehlung: „Um Budgets vorzusehen, ist es unumgänglich, einen nationalen oder regionalen Entwicklungsplan, inklusive voraussichtlicher Zuständigkeiten, zu erstellen, die damit verbundenen organisatorischen Veränderungen (change management) zu identifizieren und darauf aufbauend eine Rahmen-Planung in Art eines Übersichts-Geschäftsplanes inklusive entsprechender zu erwartender Geldströme zu erstellen. Erst wenn zumindest „denkbare“ Budgets sowohl in ihrer Höhe als auch zeitlichen Verteilung vorliegen, kann die Finanzierungsfrage von den tatsächlichen Betreibern sinnvoll angegangen werden.“

Keine Resultate im Rahmen des Teilprojekts Finanzierung und Anreizsysteme

Empfehlung 1: Im Rahmen der weiteren Umsetzungsarbeiten müssen die Komponenten der Basisinfrastruktur konkretisiert werden. In Abhängigkeit von diesen Konkretisierungen wird den heutigen oder zukünftigen Betreibern der Basisinfrastruktur empfohlen, Budgets für die Etablierung und Weiterentwicklung entsprechender Komponenten der Basisinfrastruktur vorzusehen, beziehungsweise für die Finanzierung zu sorgen.

Komponenten der Basisinfrastruktur:
Konkretisierung und Bereitstellung von Budgets

³ Bewertung und Empfehlungen zur „Strategie eHealth Schweiz“ – mit besonderem Schwerpunkt auf „Finanzierung und Anreizsysteme“, empirica, Bonn, 4. August 2009, Seite 11.

4.3 Qualität, Portal und Befähigung

Die Aspekte der Finanzierung im Bereich Qualitätssicherung von Online-Informationen (und -Services), Portal und Befähigung werden in die inhaltliche Diskussion im Teilprojekt Online-Dienste und Befähigung aufgenommen.

Resultate im Rahmen des Teilprojekts Online-Dienste und Befähigung

4.4 Bildung

Die Aspekte der Finanzierung im Bereich Bildung werden in die inhaltliche Diskussion im Teilprojekt Bildung aufgenommen.

Resultate im Rahmen des Teilprojekts Bildung

4.5 Nationales Koordinationsorgan

Falls ein rechtlich verankertes „Koordinationsorgan 2012“ angestrebt wird, ist ein Konzept in der ersten Hälfte 2010 zu Händen des Rechtsetzungsprojektes Bund notwendig. Die Abklärungen im Teilprojekt Recht haben ergeben, dass das Koordinationsorgan in der heutigen Form aller Voraussicht nach keine rechtsetzende Legitimation erhalten kann (Standards, verbindliche Vorschriften für Institutionen und Health Professionals, etc.). Da die Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen geteilt sind (keine parallele Kompetenzen), können Bund und Kantone nicht gemeinsam in einem rechtsetzenden Organ vertreten sein. Es versteht sich von selbst, dass solch einem Organ auch keine weiteren Akteure ohne Rechtsetzungskompetenzen beitreten könnten. Das zukünftige „Koordinationsorgan 2012+“ wird also weiterhin nur Empfehlungen verabschieden können. Aus diesem Grund können heute keine Vorschläge zur Finanzierung und zur Organisation des Koordinationsorgans gemacht werden. Das Mandat des heutigen Koordinationsorgans läuft Ende 2011 aus. Je nach Dauer der Rechtsetzung muss das Mandat in heutiger oder angepasster Form verlängert werden.

Rechtliche Ausgangslage und Konsequenz

Empfehlung 2: Im Rahmen der weiteren Umsetzungsarbeiten und unter Beachtung der Erkenntnisse aus dem Teilprojekt „Rechtliche Grundlagen“ muss geklärt werden, welche Aufgaben das Koordinationsorgan in Zukunft haben soll, ob es um weitere Akteure aus Gesundheitswesen oder der Privatwirtschaft erweitert wird, welche Mitspracherechte bestehen und welche Organisationsform angemessen ist („Koordinationsorgan 2012+“). Die Finanzierung muss der zukünftigen Ausgestaltung des Koordinationsorgans entsprechen um dessen Weiterführung zu gewährleisten.

Koordinationsorgan: Weitere Abklärungen nötig

4.6 IT-Infrastruktur bei den Akteuren

Der Handlungsbedarf im Bereich der IT-Infrastruktur bei den Freipraktizierenden und Gesundheitsinstitutionen ist unbestritten. Dabei geht es nicht um die IT-Unterstützung der administrativen Prozesse, welche bereits weit fortgeschritten ist. Ganz neue Anforderungen kommen auf diese Praxen und Institutionen zu, wenn es darum geht, Behandlungen elektronisch zu dokumentieren.

Handlungsbedarf
unbestritten

Grundsätzlich wird anerkannt, dass zusätzlich zur tarifarischen Regelung (IT-Infrastruktur und deren Betrieb sind Teil der Kosten und sind in den Tarifen zu berücksichtigen) Beiträge unter dem Titel "Anschubfinanzierungen" gewährt werden sollten. Für freipraktizierende Health Professionals und Gesundheitsinstitutionen können folgende Finanzierungsformen als Anschubfinanzierung in Betracht gezogen werden, welche auch kombiniert werden können:

Möglichkeiten der Finanzierung, Mischformen möglich

- Finanzielle Mittel werden an Verbunde von Health Professionals oder Gesundheitsinstitutionen mit übergeordneten und strategiekonformen Projektzielen ausgeschüttet;
- Finanzielle Mittel werden durch die Standort-Kantone ausgeschüttet (Stichwort: gemeinwirtschaftliche Leistungen);
- Eine (nicht kostendeckende, zeitlich befristete) Pauschale wird an diejenigen ausgeschüttet, welche sich an das System elektronische Patientendossier anschliessen und es regelmässig speisen. Mit einer Teilpauschale kann ein Multiplikatoreffekt erreicht werden.

In der Anhörung vom Sommer 2009 hat sich gezeigt, dass eine substantielle Unterstützung von eHealth-Projekten über das gemeinsame Koordinationsorgan von Bund und Kantonen politisch nur sehr schwer umzusetzen ist. Sinnvoll ist jedoch der Ansatz, dass eine allfällige Förderung von eHealth-Projekten nach gemeinsam definierten Kriterien erfolgt. Mit einem einheitlichen Katalog erhalten Bund, Kantone und allenfalls weitere Akteure ein Instrument in die Hand, nach welchen Kriterien sie in ihrem Verantwortungsbereich gezielt eHealth-Projekte finanziell unterstützen und fördern können.

Empfehlung 3: In einer Bedarfsanalyse wird geklärt, ob und allenfalls welcher Bedarf für allfällige Fördermittel besteht. Die Arbeit ist Teil einer Studie über Anreize zur Förderung von eHealth-Projekten. Auf dieser Basis erarbeitet das Koordinationsorgan zu Handen von Bund und Kantonen einen Kriterienkatalog für die Vergabe von Förderbeiträgen.

Strategiekonforme
Projekte unterstützen

Die Studie der OECD vom 5.12.2008 zeigt auf, dass die Messung des Nutzens derzeit nicht über Fallstudien hinausgeht, und dass kein Land hier einen signifikanten Vorsprung hat. Eines scheint jedoch klar: Ohne Investitionen kein Nutzen. Der Vorschlag, strategiekonforme Projekte zu fördern, durchbricht diesen Teufelskreis und bringt das System in Fahrt. Durch die mit der Förderung verbundenen Bedingungen kann eine gewisse Vergleichbarkeit geschaffen werden, die zu Transparenz und Standortwettbewerb führt. Ausserdem sollen die voraussichtlich limitierten

Erläuterung

Mittel punktuell und nicht nach dem Giesskannenprinzip vergeben werden können. Eine Koordination und gezielte Steuerung ist sowohl auf nationaler, wie auf regionaler und kantonaler Ebene sinnvoll. Die EU-Studie „Source of financing and policy recommendations“ vom Dezember 2008⁴ empfiehlt eine aktive Förderung, damit mehr Projekte Erfolge verzeichnen und diese in den Pool der Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen einfließen.

4.7 Prozesse mit Bezug zu den Versicherern/Administrative Prozesse

Im Kapitel 3.4 wurde ein eingeschränkter Handlungsbedarf für die administrativen Prozesse geortet, da die Tarifpartner hier bereits aktiv sind (im ambulanten KV-Bereich haben die Tarifpartner bspw. die eRechnung bereits vertraglich festgelegt).

Ausgangslage

Empfehlung 4: Die Tarifpartner sollten administrative Geschäftsprozesse, die nutzbringend elektronisch umgesetzt werden können, in ihre Tarifverträge aufnehmen. Bund und Kantone wird empfohlen, bei der Genehmigung der Tarifverträge auf die Verankerung dieser elektronischen Prozesse zu achten.

Administrative Geschäftsprozesse in die Tarifverträge aufnehmen

Empfehlung 5: Die administrierten Preise und Tarife sind so in elektronischer Form verfügbar zu machen, dass die Anwender sie direkt in ihre Informatiksysteme übernehmen können.

Preise und Tarife in geeigneter Form verfügbar machen

4.8 Anreize rund um das elektronische Patientendossier

In diesem Kapitel geht es darum, die Grundzüge eines Anreizsystems zu skizzieren. Es muss im Verlauf der weiteren Arbeiten konkretisiert werden.

Resultate sind zu konkretisieren

Der Patient/die Patientin kann eine oder mehrere Personen des Vertrauens bezeichnen. Diese soll unter strikter Einhaltung des Datenschutzes Zugriff auf die Daten des elektronischen Patientendossiers haben und den Patienten/die Patientin in allen diesbezüglichen Angelegenheiten beraten. Bereits bestehende Ansätze oder Modelle sind bei der Konkretisierung der Rolle einzubeziehen.

Neue Rolle im System

Wird jemand in diesem Sinne 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. Falls die Bedingungen erfüllt sind, kann eine Vergütung in Frage kommen (z.B. abrechnungsberechtigter Leistungserbringer).

⁴ European Commission - Sources of financing and policy recommendations to Member States and the European Commission on boosting eHealth investment, Dezember 2008, Seite 10.

Für die Teilnahme am System elektronisches Patientendossier besteht für alle Akteure grundsätzlich kein Zwang. D.h.:

Kein Zwang zum Anschluss an das elektronische Patientendossier

- Es steht jeder Bürgerin und jedem Bürger frei, das elektronische Patientendossier für die persönliche Einsichtnahme und die Zugriffsrechteverwaltung zu nutzen. Er kann bei der Eröffnung erweiterten Zwecken der Verwendung seiner Daten zustimmen oder die Zustimmung verweigern. Folgende Zwecke sind denkbar: Notfallzugriff (möglichst unbeschränkter Zugriff auf Daten durch Arztpersonen im Notfalldienst), anonymisierter Zugriff für Forschungszwecke, Zugriff bei Zugehörigkeit zu einer Gruppe (z.B. alle Ärzte der Abteilung x des Spitals x oder alle Rheumatologen). Sie können jeder Arztperson den Zugriff auf ihr elektronisches Patientendossier verweigern. Die teilnehmende Person wird durch den Anbieter des "Abonnements" über die Nutzungsbedingungen in verständlicher Form aufgeklärt. Finanzierungsmöglichkeiten können ausgearbeitet und vorgeschlagen werden, sobald definiert ist, wie der Patientenzugriff auf das individuelle elektronische Patientendossier umgesetzt werden kann.
- Es steht jedem freipraktizierenden Behandelnden frei, sich dem System anzuschliessen, die definierten Daten eines Patienten zugänglich zu machen und die Daten des Systems zu nutzen. Auch wenn er oder sie dem System beitrifft, muss der Dienst "Person des Vertrauens" nicht angeboten werden.
- Es steht jeder Gesundheitsinstitution frei, sich dem System anzuschliessen, die definierten Daten eines Patienten zugänglich zu machen und die Daten des Systems zu nutzen. Angestellte Behandelnde können den Dienst "Person des Vertrauens" anbieten, sofern ihr Arbeitgeber dies vorsieht.

Dezidierte Schnittstellen zu Prozessen ausserhalb des Kernbereiches (vgl. neue Graphik der Empfehlungen des Teilprojekts Standards und Architektur)

- Die Krankenversicherer haben keinen Zugriff auf das elektronische Patientendossier. Als Zugriffsschlüssel für das elektronische Patientendossier könnte die Versichertenkarte KVG 42a dienen. Details müssen in den Folgearbeiten geklärt werden.
- Die Rolle der Unfallversicherer muss in den Folgearbeiten geklärt werden.
- Die Kranken-Zusatzversicherer haben keinen Zugriff auf das elektronische Patientendossier. Ihre Rolle muss in den Folgearbeiten konkretisiert werden.
- Die Rolle der Invalidenversicherung muss in den Folgearbeiten geklärt werden.
- Die Rolle der Militärversicherung muss in den Folgearbeiten geklärt werden.

Im Rahmen der weiteren Umsetzungsarbeiten der Strategie wird diese Beschreibung der Rollen gemeinsam mit den Akteuren weiterentwickelt und konkretisiert.

	erhalten/bekommen	zahlen/leisten
Patient/ Patientin	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erhöhte Behandlungsqualität und -sicherheit durch zur richtigen Zeit am richtigen Ort verfügbare Dokumentation; ➤ Zugriff auf die wichtigsten Daten ihres medizinischen Dossiers im Internet in verständlicher Systematik, auch im Ausland, wenn er/sie dies wünscht; ➤ Möglichkeit der Zugriffsverwaltung, wenn er/sie dies wünscht; ➤ Mehrwertdienste (z.B. im Bereich Prävention, Gesundheitsprofil, Wellness) je nach Anbieter des elektronischen Patientendossiers. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ allenfalls eine Gebühr für Mehrwertdienste beim Zugriff auf das elektronische Patientendossier je nach Geschäftsmodell.
Freipraktizierende Health Professionals	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zugriff auf die wichtigsten Gesundheitsdaten ihrer Patienten, sofern diese den Zugriff erlauben; ➤ Infrastrukturbeitrag bei übergeordneten und strategiekonformen Projektzielen; ➤ leistungsabhängige Vergütung je nach Tarifvertrag; ➤ Label "Beliefert Ihr persönliches Patientendossier"; ➤ Weiterbildungscredits bei Besuch von Kursen zum elektronischen Patientendossier und damit verwandten, übergeordneten Themen; ➤ Infrastruktur- bzw. Projektbeitrag bei übergeordneten und strategiekonformen Projektzielen; ➤ Die Kosten für Infrastruktur, Betrieb und Unterhalt sind Teil der anrechenbaren Kosten und werden soweit möglich in den Tarifverträgen berücksichtigt. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ihre technische Infrastruktur (inkl. Betrieb und Unterhalt), damit sie sich an das System anschließen können; ➤ beliefern das elektronische Patientendossier.
Angestellte Behandelnde	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zugriff auf die wichtigsten Gesundheitsdaten ihrer Patienten, sofern diese den Zugriff erlauben; ➤ Weiterbildungscredits bei Besuch von Kursen zum elektronischen Patientendossier und damit verwandten, übergeordneten Themen. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ beliefern das elektronische Patientendossier.

Monetäre und nicht-monetäre Anreize

Person des Vertrauens, falls es sich um einen Behandelnden handelt	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zugriff auf die wichtigsten Gesundheitsdaten ihrer Patienten; ➤ Vergütung über die geltenden Tarife; ➤ Label "Bietet den Dienst "Person des Vertrauens" an". 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ bieten den Dienst "Person des Vertrauens" an und beraten den Patienten bei der Optimierung seiner Behandlung.
Gesundheitsinstitutionen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ bessere Vernetzung entlang der Behandlungskette; ➤ Labels "Beliefert Ihr persönliches Patientendossier" und "Bietet den Dienst "Arzt des Vertrauens" an"; ➤ Infrastruktur- bzw. Projektbeitrag bei übergeordneten und strategiekonformen Projektzielen; ➤ Kosten für Infrastruktur, Betrieb und Unterhalt sind Teil der anrechenbaren Kosten und werden in den Tarifverträgen berücksichtigt. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ihre technische Infrastruktur (inkl. Betrieb und Unterhalt), damit sie sich an das System anschliessen können.
Krankenversicherer	<ul style="list-style-type: none"> ➤ tiefere Kosten durch optimierte Behandlung für die OKP als Ganzes; ➤ je nach rechtlicher Verankerung eine kostendeckende Abgeltung von Patientinnen und Patienten, die zusätzlich zu ihrer Versichertenkarte weitere Authentisierungsmerkmale wünschen. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Versichertenkarte nach KVG als Identifikationsinstrument; ➤ Vergütung der Person des Vertrauens über Tarife, sofern es sich um einen Behandelnden handelt.
Unfallversicherung/ Militärversicherung/ Invalidenversicherung		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vergütung der Person des Vertrauens über Tarife, sofern es sich um einen Behandelnden handelt.
Anbieter "Elektronisches Patientendossier" für Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gebühr für Mehrwertdienste, je nach Geschäftsmodell. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unterziehen sich einer Zertifizierung.
Bund und Kantone	<ul style="list-style-type: none"> ➤ erhöhte Behandlungsqualität; ➤ erhöhte Behandlungseffizienz; ➤ bessere Datenqualität zum Zwecke der Forschung und Statistik und dadurch bessere Steuerbarkeit des Gesundheitswesens; ➤ gesteigerte Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Schaffen Voraussetzungen zur Einführung des elektronischen Patientendossiers gemäss ihren Kompetenzen (inkl. Koordination der Arbeiten).

Empfehlung 6: In den weiteren Arbeiten soll die Rolle der "Person des Vertrauens" konkretisiert werden. Die mit der Rolle verbundenen Tätigkeiten sind zu definieren und die Finanzierung sicherzustellen. Eine Berücksichtigung in den Tarifverträgen ist zu prüfen. Das Koordinationsorgan bietet die Plattform, Detailfragen zu klären.

Elektronisches Patientendossier: Rolle der "Person des Vertrauens" konkretisieren

Empfehlung 7: In den weiteren Arbeiten ist zu prüfen, wie der Zugriff der Patienten auf das individuelle elektronische Patientendossier umgesetzt und finanziert werden kann.

Patientenzugriff auf das Dossier: Umsetzung und Finanzierung klären

4.9 Telemedizin

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften (EG) hat am 4. November 2008 eine Mitteilung über den Nutzen der Telemedizin für Patienten, Gesundheitssysteme und die Gesellschaft veröffentlicht (KOM(2008) 689). Darin erläutert sie Begriffsbestimmungen und schlägt Massnahmen zur Förderung der Telemedizin vor. Die Mitgliedstaaten sind dringend aufgefordert:

Mitteilung und Empfehlungen der Kommission der Europäischen Gemeinschaften zur Telemedizin vom 4.11.2008

- bis Ende 2009 festzustellen, welchen Bedarf sie hinsichtlich der Telemedizin haben und wo sie Schwerpunkte setzen. Diese Schwerpunkte sollten in die nationalen Gesundheitsstrategien einfließen, die 2010 auf der Ministerkonferenz zu den elektronischen Gesundheitsdiensten erörtert werden sollen;
- bis Ende 2011 ihre nationalen Bestimmungen, die einen grösseren Einsatz der Telemedizin ermöglichen, zu bewerten und zu verabschieden. Dabei sollten Fragen der Zulassung, Haftung, Kostenerstattung und des Datenschutzes geklärt werden.

Daneben will die Kommission auch Massnahmen der Mitgliedstaaten fördern und selbst Massnahmen durchführen. Unter anderem will sie eine Plattform zum Austausch geltender nationaler rechtlicher Regelungen einrichten (im Jahr 2009) und die Entwicklung von Leitlinien unterstützen, damit die Auswirkungen von Telemedizinischen Diensten, deren Wirksamkeit und Kosteneffizienz, bewertet werden können (bis im Jahr 2011).

Auch für die Aktivitäten zur Förderung der Telemedizinischen Dienste in der Schweiz kommt dem Gebot einer qualitativ hochstehenden Leistung eine übergeordnete Rolle zu. Damit hängt auch die Entwicklung von stufengerechten Lernzielkatalogen für die Ausbildung von telemedizinisch tätigen Personen zusammen. Erst in zweiter Linie und nachgelagert soll die Frage der Vergütungsstruktur angegangen werden, damit Behandelnde, welche für die Erbringung von telemedizinischen Leistungen befähigt sind, diese auch zu Lasten der Sozialversicherungen verrechnen können.

Aktivitäten zur Förderung der Telemedizinischen Dienste in der Schweiz

Obwohl ein Handlungsbedarf gegeben ist, wird an dieser Stelle auf eine konkrete Empfehlungen verzichtet. Das Thema sollte als Teilbereich von eHealth im Rahmen der rechtlichen Umsetzung weiter bearbeitet werden (Empfehlung 5, Teilprojekt „Rechtliche Grundlagen“).

Keine Empfehlung

4.10 Fazit und Ausblick

Das Fazit aus den Arbeiten im Teilprojekt lautet:

- Viele Systemkomponenten müssen weiter konkretisiert, d.h. es müssen Ausprägungen und Zuständigkeiten definiert werden. Kostenschätzungen und Finanzierungsmodelldiskussionen sind in diesem Bereich erst dann möglich.
- Die Teilaspekte (bspw. Komponenten der Basisinfrastruktur oder die Förderung der Telemedizin) sollten im Rahmen der weiteren Umsetzungsarbeiten thematisch aufgearbeitet und die zugehörigen Finanzierungsaspekte im Rahmen dieser Arbeiten behandelt werden (wie dies die Teilprojekte Online-Dienste und Befähigung und Bildung bereits taten).
- Es wird grundsätzlich ein liberaler und freiwilliger Ansatz verfolgt und nicht ein gesetzlicher Zwang. Der Nutzen von eHealth soll die Betroffenen überzeugen und nicht grosse monetäre Beiträge/Anreize. Anschubfinanzierungen, um möglichst schnell die kritische Masse zu erreichen, sind vorzusehen.
- Die Wirksamkeit der eingeführten Anreizsysteme sollte ab Beginn überprüft und evaluiert werden. Im Verlauf der Einführung ermittelte Kosten und Nutzen müssen zur Anpassung der Ausgestaltung von Anreizsystemen führen.
- Die weiteren Arbeiten ergeben sich aus den formulierten Empfehlungen 1 bis 11. Die Zuständigkeiten für die weiteren Arbeiten müssen zum Teil neu definiert werden.

Fazit: Weitere Konkretisierungen nötig

Wie diese Konzeptarbeit konkret angegangen werden kann, zeigt die Expertise des Beratungsunternehmens „empirica“:

- Erstellen eines nationalen oder regionalen Entwicklungsplan, inklusive voraussichtlicher Zuständigkeiten;
- Identifikation der damit verbundenen organisatorischen Veränderungen (change management);
- Darauf aufbauend Erstellen einer Rahmen-Planung in Art eines Übersichts-Geschäftsplanes (inklusive entsprechender zu erwartender Geldströme);
- Parallel zu den oben erwähnten Aufgaben ist eine Analyse von Anreizsystemen zur effizienten Implementierung von eHealth-Infrastrukturen und –Anwendungen notwendig. Diese Implementierung muss sich aufgrund des schweizerischen Föderalismus primär auf Mittel der nicht-hierarchischen Handlungskoordination stützen;
- Im Hinblick auf konkrete Finanzierungserfordernisse kann es hilfreich sein, eine Liste denkbarer Quellen, Instrumente und Arrangements zu haben, die wie eine Prüfliste abgehandelt werden können;

Erst wenn klar herausgearbeitet wird, welcher Nutzen – und welche Kosten – für wen dauerhaft entstehen werden bzw. zu erwarten sind, macht es Sinn, ein detaillierteres, tragfähiges Finanzierungskonzept zu erarbeiten, das die jeweiligen Interessenlagen, die Leistungsfähigkeit und -willigkeit der Akteure sowie die potentielle Verfügbarkeit privater und öffentlicher Mittel berücksichtigt.

Anhänge

Übersicht über die Finanzierung und Anreizsysteme in ausgewählten europäischen Ländern (s. Kap. 2.2)	Anhang 1
Übersicht über Initiativen, Dienstleistungen und Anbieter im Bereich eHealth und elektronischer Datenaustausch und Beispiel für Anreize im Tarif TARMED (s. Kap 2.3)	Anhang 2
Links und Literatur (s. Kap. 2.5)	Anhang 3
Hinweise auf wesentliche Unterschiede des UVG gegenüber dem KVG im Zusammenhang mit der "Strategie eHealth Schweiz" (s. Kap. 3.1)	Anhang 4

Anhang 1: Finanzierung und Anreizsysteme in ausgewählten europäischen Ländern

TP 6: Finanzierung und Anreizsysteme, Phase 1 Situationsanalyse

	Dänemark ⁱ	Deutschland ⁱⁱ	Niederlande ⁱⁱⁱ	Österreich ^{iv}	Schottland ^v
Infrastruktur					
Trägerorganisation	MedCom, www.medcom.dk; Träger und Finanzierung durch Bund (50%), Regionen (35%) und Gemeinden, Apothekervereinigung und andere (Rest); Budget: ca. 3 Mio. Euro pro Jahr (2006), 15 Mitarbeiter. Weitere Organisationen mit anderen Aufgaben: National Board of Health, Danish Standards Assoziation.	Gesellschaft für Telematik (SGB V § 291b), www.gematik.de; Träger: 15 Spitzenorganisationen im deutschen Gesundheitswesen; Finanzierung: Spitzenverband Bund der Krankenkassen: 1,00 Euro pro Versicherten pro Jahr, da sich die Organisationen nicht geeinigt haben (SGB V § 291a Abs. 7 und 7a).	National IT Institute for Healthcare, www.nictiz.nl; Träger: Leistungserbringer, Versicherer, IT-Firmen; Finanzierung: Staat.	ARGE ELGA: eingerichtet für die Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA). Grundlage: privatrechtliche Vereinbarung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung. Die Bundesgesundheitsagentur leistet eine Bareinlage von 2,4 Mio. EURO. Nationales Steuerungsboard: Bundesgesundheitskommission.	Kein Hinweis auf eine Trägerorganisation gefunden. Der National Health Service Scotland trägt und finanziert eHealth-Vorhaben in grossem Umfang selbst, bis 2010/2011: £140 Mio. pro Jahr.
Gesundheitsportal	www.sundhed.dk;	Keine Informationen	National Switch	Portal als Zugang	Scottish Care In-

	Dänemarkⁱ	Deutschlandⁱⁱ	Niederlandeⁱⁱⁱ	Österreich^{iv}	Schottland^v
	mit Public Key Infrastruktur; Kosten: 15 Mio Euro Entwicklung, Betrieb: 4.5 Mio Euro (IT 2/3 und Administration 1/3); Finanzierung: wie MedCom.	gefunden.	Point (LSP), Referenzindex für das Versenden, etc. von Dokumenten, in Zukunft mit Zertifikaten. Verantwortung bei Nictiz; Finanzierung: Staat.	der Bevölkerung zur persönlichen ELGA: Basiskomponente der ELGA-Aktivitäten.	formation Gateway (SCI) für Übermittlung LE-LE. Portal im Rahmen der eHealth strategy 2008-2011 geplant.
Patienten ID und Register (Gesundheitskarte)	Jeder Bürger, der das Portal benutzen will, muss eine dig. Identität aktivieren. 12% der Bevölkerung haben dies getan. Das Zertifikat wird auf den PC des Benutzers geladen (keine Karte), es ist auch transportfähig. Die ID-Nr. ist die dänische Soz'-vers'nr. Verantwortlich für das National Patient Registry und	Die Vertrauensstelle Krankenversicher-tennummer führt Versichertenverzeichnis und vergibt Krankenversicherungsnummer nach Vorgabe des Bundesministeriums (SGB V §§ 288 und 290). El. Gesundheitskarte mit obligatorischen und freiwilligen Anwendungen (SGB V	Citizen Service Number (BSN), Finanzierung: Staat; die Verwendung im Gesundheitswesen wurde gesetzlich verankert.	Die Einführung der eCard wurde 2005 abgeschlossen. Damit wurde der Krankenschein abgelöst. Die eCard kann auf Wunsch zur Bürgerkarte aufgerüstet werden. Sie trägt aber keine medizinischen Daten, sondern ist eine reine Versichertenkarte. Als ID-Nummer dient die Sozialversicherungsnummer.	Community Health Index CHI als Unique Patient Identifier. Keinen Hinweis auf Karte gefunden.

	Dänemark ⁱ	Deutschland ⁱⁱ	Niederlande ⁱⁱⁱ	Österreich ^{iv}	Schottland ^v
	den National Patient Index ist das National Board of Health.	§ 291a). Finanzierung und Herausgabe durch die gematik.			
Leistungserbringer ID und Register (Health Professional Card HPC)	dig. Identität ohne Karte	El. Heilberufsausweis bzw. Berufsausweis mit sicherer Authentifizierung und qualifizierte elektronische Signatur. Die Bundesländer bestimmen die Stellen, die dafür zuständig sind (SGB V § 291a Abs. 5a)	Unique Healthcare Professional Identification (UZI) und UZI-Pass (HPC), Finanzierung: Staat.	Basiskomponente der ELGA	General Practitioner Administration System for Scotland GPASS: Software für Hausärzte zur zentralen Erfassung von grundlegenden Patientendaten, damit diese im Notfall verfügbar sind. Die Beteiligung ist freiwillig. Mehr als 85% der Hausärzte benutzen diese Software. Sie erhalten etwas weniger Lohn, dafür feste Arbeitszeiten.
Institutionen ID	Keine Informationen	Keine Informationen	Keine Informationen	Basiskomponente	Keine Informatio-

	Dänemark ⁱ	Deutschland ⁱⁱ	Niederlande ⁱⁱⁱ	Österreich ^{iv}	Schottland ^v
und Register	gefunden.	gefunden.	gefunden.	der ELGA.	nen gefunden.
IT-Investitionen bei LE	Bei Einführung: 5000 Euro (Betrag ungesichert) Starthilfe für GPs, Betrag sukzessive verkleinert, heute (nach 8 Jahren) keine Praxisbewilligung, wenn nicht voll elektronisch ausgestattet.	Die bei den Leistungserbringern entstehenden Investitions- und Betriebskosten werden durch einen Zuschlag finanziert (Telematikzuschlag, SGB V § 291a). Zu Kartenterminals und Anpassungen der Praxissoftwares wurde im Februar 2008 eine Einigung zwischen den Spitzenverbänden erzielt.	Kartenlesegerät: Finanzierung durch den Staat.	Alle LE erhielten die sog. GINA-Box (Gesundheitsinformationsnetzadapterbox), Lesegeräte und Router. Erstausstattungs-, Installations- und Wartungskosten (ca. 800 Euro pro LE) werden durch die Krankenkassen übernommen (bis 2009). LE zahlen ADSL-Verbindung und Anpassung der Praxissoftware.	GPASS-Software ist gratis, keine weiteren Informationen gefunden.
Anwendungen	-	Krankenkassen und Leistungserbringer und ihre Verbände sollen den Übergang zur el. Kommunikation finanziell unter-	-	-	-

	Dänemark ⁱ	Deutschland ⁱⁱ	Niederlande ⁱⁱⁱ	Österreich ^{iv}	Schottland ^v
		stützen (SGB V § 67).			
Telemedizinische Leistungen	Zwei Schwerpunktprogramme: Diabetes und für ältere Bevölkerung (Tele-homecare), vom Staat finanziert. Email-Konsultationen beim Hausarzt und Erneuerung von Verschreibungen sind über das Gesundheitsportal möglich.	Keine Informationen gefunden.	Priorität für 2008 und später.	Keine Informationen gefunden.	Ausbau im Rahmen der eHealth strategy.
e-Rezept, Verschreibungen	Vergütung mit unterschiedlichen Tarifpositionen (Papierrezept, eRezept), d.h. Zuschlag pro Leistung.	Betrieb der Infrastruktur durch LE: Die Spitzenverbände einigen sich auf eine Abgeltung (SGB V § 291a Abs. 7 und 7e). LE können bei Behandlungen ausserhalb der gesetzl.	keine Informationen gefunden.	Kernanwendungen im Rahmen der EL-GA	GPASS 2007 stellt das Modul 'eAMS' (electronic support for the Acute Medication Service) und das nationale Programm zur Einführung von Verschreibungen (na-

	Dänemark ⁱ	Deutschland ⁱⁱ	Niederlande ⁱⁱⁱ	Österreich ^{iv}	Schottland ^v
		Krankenversicherung nutzungsbezogene Zuschläge für die Verwendung der Karte verlangen (NutzZG).			tional programme to introduce Electronic Transmission of Prescriptions (ETP)) zur Verfügung.
admin. Prozesse (VK, Kostengutsprache, Abrechnung)	Kein Zuschlag für Leistungserbringer.	eGK deckt admin. Prozesse ab.	Elektronische Versicherungskarte ohne Gesundheitsdaten.	Im Rahmen der e-card wurden die Verwaltungsabläufe modernisiert.	
ePatientendossier (Notfalldaten, etc.)	Kein Zuschlag für Leistungserbringer. Registrierte Patienten erhalten jederzeit Einblick in alle Zugriffe auf ihr Dossier.	Zweiter Pfeiler der eHealth Strategie Deutschland (neben el. Gesundheitskarte)	Electronic Medication Record (EMD) und Electronic General Practitioner's Record (WDH, Auszug aus der KG): Startapplikationen, Finanzierung durch den Staat.	e-Impfpass soll mit e-card verbunden werden. Kernanwendungen der ELGA: e-Arztbrief/Patientenbrief, e-Befund Labor, e-Befund Radiologie, e-Medikation.	GPASS erfasst grundlegende Patientendaten zentral (z.B. Medikation). Andere LE haben darauf Zugriff (z.B. bei Notfallbehandlungen).
Diverses					
IT-Kosten bei Versicherten	-	KK können ihren Versicherten finanzielle Unterstützung	-	-	-

	Dänemark ⁱ	Deutschland ⁱⁱ	Niederlande ⁱⁱⁱ	Österreich ^{iv}	Schottland ^v
		gewähren bei von Dritten angebotenen Dienstleistungen der el. Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.			

Abkürzungen: ID: Identifikation, LE: Leistungserbringer, KG: Krankengeschichte, KK: Krankenkassen, SGB (Deutschland): Sozialgesetzbuch, VK: Versichertenkarte.

Anhang 2:

TP 6: Finanzierung und Anreizsysteme

Phase 1: Situationsanalyse

Übersicht über Initiativen, Dienstleistungen und Anbieter im Bereich eHealth und elektronischer Datenaustausch und Beispiel für Anreize im Tarif TARMED

Zur Einführung der Versichertenkarte nach Art. 42a KVG sind folgende Dienstleistungen und Anbieter entstanden:

- VeKa-Center von santésuisse für die gemeinsame Erstellung der individuellen Versichertenkarten als Kundenkarte mit EU-Rückseite, die gemeinsame Abwicklung der Deckungsabfragen (administrativer Server) sowie die gemeinsame Umsetzung der zukünftigen nationalen Versichertenkarte gemäss KVG 42a und der VVK. Die Finanzierung erfolgt durch die Krankenversicherer.
- HPC-Projekt der FMH zur Erstellung des elektronischen Leistungserbringer-ausweises für die medizinischen Notfalldaten der nationalen Versichertenkarte gemäss KVG42a und der VVK ab 2009. Die Finanzierung erfolgt durch den Verband und die teilnehmenden Ärzte.

Mit der Einführung des TARMEDS sind insbesondere die folgenden Dienstleistungen und Anbieter aufgebaut worden:

- Forum Datenaustausch mit den Verbänden der Versicherer und Leistungserbringer bestimmt gemeinsam über Standards des elektronischen Datenaustauschs (z.B. XML-Rechnungsformular) finanziert durch Verbandsbeitrag.
- Vorstudie Health Communication Standard (HCS) für elektronisches Meldungssystem (Rechnungen, Leistungsermächtigungen, etc.) finanziert durch santésuisse mit den grossen Krankenversicherern.
- Software-Modul der Firma TMR für elektronische Tarifvalidierung TARMED in der Ärztesoftware beim Leistungserbringer (Sumex 1) finanziert durch SUVA und santésuisse.
- Internetportal Mediport der Firma Medidata als Drehscheibe zwischen Leistungserbringer und Versicherer für den Transport der elektronischen Rechnungen finanziert durch die teilnehmenden Krankenversicherer.
- Internetportal H-Net als Kommunikationsplattform zwischen Leistungserbringer und Versicherer für den Transport der elektronischen Rechnungen finanziert durch den Übermittler der Rechnung (Kosten pro Beleg).
- Verschiedene Trustcenter der kantonalen Ärztesellschaften für den elektronischen Datenaustausch (eDA) der Rechnungen mit den Krankenversicherern sowie der Aufbereitung von Statistikdaten (Praxisspiegel) für

Wirtschaftlichkeitsverfahren und Verhandlungen finanziert durch die teilnehmenden Ärzte.

- Internetportal und Internet-Netzwerk HIN für eine sichere Datenkommunikation zwischen den Ärzten (Internet-Provider für E-Mails und andere Services) und anderen Dienstleistern (Versandapotheke, Spitäler, Covercard-System, etc.).
- Ärztekasse als Treuhandfirma für die teilnehmenden Ärzte mit dem Outsourcing der Rechnungsstellung finanziert durch die teilnehmenden Ärzte.
- Einzelner Leistungserbringer und dessen Software-Anbieter mit Software-Modulen zum Bezug von Stammdaten, zur Vorvalidierung und zum Datenexport. Die Finanzierung erfolgt durch den einzelnen Leistungserbringer über die betriebs-wirtschaftliche Kosten.
- Einzelner Krankenversicherer und dessen Software-Anbieter mit Software-Modulen zum Bezug von Stammdaten, zum Datenimport und zur Rechnungsprüfung. Die Finanzierung erfolgt durch den einzelnen Krankenversicherer über die betriebs-wirtschaftliche Kosten.

Im Bereich der Apotheken sind für den Medikamentenbezug bereits früher entsprechende EDV-Infrastrukturen aufgebaut worden:

- System Covercard der Firma Ofac als Versichertenalausweis (Plastikkarte) mit Magnetstreifen für die elektronische Deckungsprüfung im Bereich des Kredit-Verkaufs (Tiers payant) und der nachfolgenden elektronischen Fakturierung durch die Apotheker-Berufsgenossenschaft Ofac an die Versicherer. Die Finanzierung erfolgt durch die teilnehmenden Versicherer und die teilnehmenden Leistungserbringer (Abonnement)
- Firma IFAK-Data als Treuhandfirma für die Erstellung und Übermittlung der elektronischen Rechnungen an die Krankenversicherer. Sie wird finanziert durch die teilnehmenden Apotheker.

Beispiel für Anreize im Tarif TARMED

TARMED ist ein gesamtschweizerisch einheitlicher Tarif mit rund 4'600 Positionen und über 10'000 Anwendungsregeln (oftmals enthalten die Positionen verschiedene Regeln), welcher der Rechnungsstellung für ärztlich erbrachte, medizinische Leistungen in der Arztpraxis und im Spital dient. Er gilt im Unfall-, Militär- und Invalidenversicherungsbereich seit 1. Mai 2003 und im KVG-Bereich seit 1. Januar 2004.

Bestehende Anreize

Die im Tarifwerk Tarmed enthaltenen Positionen beinhalten nebst der eigentlichen medizinischen Leistung auch die dafür notwendige Infrastruktur. Darunter fallen insbesondere auch medizinische Geräte, Räume sowie IT-Infrastruktur.

Im Tarmed gibt es einige wenige (< 10) Positionen, welche im weitesten Sinne als Entschädigung für administrative Tätigkeiten bezeichnet werden könnten. Ein Beispiel dazu ist die Tarifposition 00.0140 Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium) pro 5 Min.

Bei einzelnen Tarmedpositionen (< 30) ist vorgesehen, dass bei elektronisch abrechnenden Fachärzten eine im Regelwerk vorgesehene Limitation entfällt. Ein Beispiel dazu ist die Tarifposition 00.0020 +Konsultation, jede weiteren 5 Min⁵

Dazu ist jedoch anzumerken, dass viele Versicherer diese Limitationen nicht gezielt überprüfen, resp. auch Papierrechnungen nicht auf diese Limitationen überprüfen. Auch werden teilweise Papier- und Elektronische Rechnungen bei der Rechnungsprüfung durch die Versicherer einheitlich behandelt.

Gesetzliche Verordnung zur elektronischen Abrechnung

Gemäss Art. 5 Abs. 5 des vom Bundesrat genehmigten Rahmenvertrages TARMED verpflichteten sich die Vertragsparteien im Bereich KVG, innert zwei Jahren nach Einführung des Tarifs für ambulante medizinische Leistungen elektronisch abzurechnen.

Seitens der Ärzteschaft wurde jedoch bestritten, dass per 1. 01. 2006 elektronisch abgerechnet werden muss.⁶

⁵ Bei medidata ist eine Übersicht dieser Positionen auf dem Web verfügbar:
http://www.medidata.ch/md/export/download/infopool/Tarmed_Limitationen.pdf

⁶ vgl. JACQUES DE HALLER und URS STOFFEL (2005), "Keine Verpflichtung zum elektronischen Datenaustausch ab 1. Januar 2006", *Schweizerische Ärztezeitung*, 86, 49, S. 2691 f.; <http://www.saez.ch/pdf/2005/2005-49/2005-49-1365.PDF> [01.03.06].

Wettbewerbskommission

In einem Schlussbericht betreffend "Elektronische Abrechnung im Gesundheitswesen" vom 26. September 2006 hält die Wettbewerbskommission folgendes fest:

"Gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine Rechnung zustellen, d.h. für den Leistungserbringer besteht grundsätzlich eine Bringschuld. Betreffend Abgeltung der Rechnungsstellung findet sich im KVG keine explizite Regelung, es ist aber die Norm, dass Administrativkosten in die Berechnung der Tarife einfliessen. Dies ist auch bei TARMED der Fall. Die technische Leistungskomponente (TL) enthält gemäss Definition alle Personal-, Sach- und Infrastrukturkosten und damit sind auch alle notwendigen Aufwendungen für die elektronische Rechnungsstellung/-lieferung abgegolten. Dies bestätigen auch die geltenden TARMED-Rahmenverträge, da in diesen keine zusätzliche Abgeltung für die elektronische Rechnungsstellung vorgesehen ist.⁷

⁷ <http://www.weko.admin.ch/publikationen/00212/RPW2007-2.pdf?lang=de>

Anhang 3: Links und Literatur

TP 6: Finanzierung und Anreizsysteme, Phase 1 Situationsanalyse

	Artikel/Bericht/Link	Autor	Referenz/ Verlag und Datum	Kernbot- schaft(en)/behandelte The- men	Bemerkun- gen (Wich- tigkeit, etc.)
EU	<p>Communication on telemedicine for the benefit of patients, healthcare systems and society. http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/policy/telemedicine/index_en.htm PDF: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0689:FIN:EN:PDF</p>	<p>Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the regions</p>	<p>Brussels, 4.11.2008 COM(2008)689 final</p>		
	<p>Vorbereitung der digitalen Zukunft Europas. i2010 – Halbzeitprüfung. http://ec.europa.eu/information_society/europe/i2010/mid_term_review_2008/index_en.htm</p>	<p>Kommission der Europäischen Gemeinschaften</p>	<p>Brüssel, 17.4.2008</p>	<p>Zwischenbericht der Initiative i2010 in 22 Ländern</p>	<p>keine konkreten Inhalte zu Finanzierung und Anreizsysteme</p>

	Artikel/Bericht/Link	Autor	Referenz/ Verlag und Datum	Kernbot- schaft(en)/behandelte The- men	Bemerkun- gen (Wich- tigkeit, etc.)
	EHTEL: Sustainable Telemedicine: paradigms for future-proof health-care (a briefing paper). http://www.ehtel.org/tasks-sources/task-force-sustainable-telemedicine-and-chronic-disease-management/ehel-briefing-paper-sustainable-telemedicine-paradigms-for-future-proof-healthcare-1/	Martin D. Denz	Brüssel, 20.02.2008	Definitionen, Anwendungen, Positionierung von Telemedizin in nationalen eHealth Strategien.	
	Financing opportunities available to Member States to support and boost investment in eHealth. Version 1.0 http://www.financing-ehealth.eu/downloads/reports.html	Tom Jones, Alexander Dobrev, Anne Kerting	Europäische Kommission. DG INFSO. Im Rahmen des Projekts „Financing eHealth“. Luxembourg, 2007	Abklären der verschiedenen Finanzierungsmöglichkeiten und des Investitionsbedarfs für eHealth-Massnahmen, für EU-Mitgliedsländer. Im Rahmen des Projekts "Financing eHealth".	keine konkreten Inhalte, eher für Modellversuche
	Information Society and Health: Linking European Policies http://ec.europa.eu/information_society/activities/policy_link/brochures/documents/health.pdf	Europäische Kommission. DG INFSO	Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007.	Überblick über eHealth Policy und entsprechende Projekte auf europäischer Ebene.	keine konkreten Inhalte

	Artikel/Bericht/Link	Autor	Referenz/ Verlag und Datum	Kernbot- schaft(en)/behandelte The- men	Bemerkun- gen (Wich- tigkeit, etc.)
	Conceptual Framework, healthcare and eHealth investment context and challenges. Final Version 1.0 http://www.financing-ehealth.eu/downloads/reports.html	Tom Jones, Alexander Dobrev, Jörg Artmann, Veli N. Stroetmann	Europäische Kommis- sion. DG INFSO. Lu- xembourg, Dezember 2007.	Abklären der verschiedenen Fi- nanzierungsmöglichkeiten und des Investitionsbedarfs für eHealth-Massnahmen, für EU- Mitgliedsländer. Im Rahmen des Projekts "Financing eHealth".	keine kon- kreten Inhal- te, eher für Modellversu- che
	eHealth is worth it. The economic benefits of implemented eHealth solutions at ten European sites. http://www.ehealth-impact.org/	Karl. A Stroetmann, Tom Jones, Alexander Dobrev, Veli N. Stroetmann	Europäische Kommis- sion. DG INFSO. Luxembourg, 2006.	Ökonomischer Nutzen von eHealth, gezeigt an 10 Fallbei- spielen. Im Rahmen des Projekts „eHealth Impact“.	keine kon- kreten Inhal- te
	eHealth – making health care better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:EN:PDF	Kommission der Eu- ropäischen Gemein- schaften	Brüssel, 30.4.2004	eHealth Aktionsplan der Europäi- schen Kommission	keine kon- kreten Inhal- te
	Datenbank für eHealth-Prioritäten und –Strategien in europäischen Ländern http://www.ehealth-era.org/database/data-base.html	Europäische Kommis- sion. DG INFSO		eHealth ERA: ein Koordinations- angebot für die Mitglieder der Europäischen Union. Länderbe- richte zu eHealth.	sehr gute Hin-weise zu ver- schiedenen eHealth- Themen

	Artikel/Bericht/Link	Autor	Referenz/ Verlag und Datum	Kernbot- schaft(en)/behandelte The- men	Bemerkun- gen (Wich- tigkeit, etc.)
HIMSS	Electronic Health Records: A Global Perspective. Overview	Steve Arnold, Joseph Wagner, Susan J. Hyatt, Gary M. Klein and the Global EHR Task Force Members	Healthcare Informa- tion and Management Systems Society HIMSS 2007	4 Risiken, welche die Implemen- tierung von Electronic Health Records bedrohen: Kommunika- tion, Standardisierung, Finanzie- rung und Interoperabilität	wenig kon- krete Hin- weise
OECD	HEALTH ICT: Indicators for interna- tional comparisons of health ICT adoption and use. OECD Conference, 10-11 December 2008	Organisation for Eco- nomic Co-operation and Development OECD. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee	3.12.2008		
	Health ITC. Interim Report. To be held at the OECD Conference Cen- tre. Thursday 15 May at 11h30 and Friday 16 May 2008	Organisation for Eco- nomic Co-operation and Development OECD. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee	30.4.2008	State of the Art des Projekts „Assessing incentives for imple- mentation of information, com- munication technologies (ICT's) in the health sector“. Two workstreams: 1) Monitoring and Benchmarking' Health ICT. 2) Case studies	Schlussbe- richt folgt im September 08
	Expert Group: Incentives for Imple- mentation of Information, Commu- nication Technologies in the Health Sector. Draft work plan.	OECD. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee	5.4.2007	Entwurf für die Arbeiten der OECD.	Schlussbe- richt folgt im September 08

TA-SWISS	Telemedizin. Studie des Zentrums für Technologiefolgen-Abschätzung. http://www.ta-swiss.ch/d/arch_info_tele.html	Anne Eckhardt et alii	TA- SWISS, Bern, September 2004	Grundlegendokument zur Telemedizin	
	Für ein effizienteres Gesundheitswesen. Bericht zum Dialogverfahren. eHealth publicus und elektronisches Patientendossier. http://www.ta-swiss.ch/d/them_info_pfeh.html	Lucienne Rey	TA-SWISS, Bern, August 2008,	Resultate der Bevölkerungsbefragung	
WHO	Building foundations for eHealth. Progress of Member States. http://www.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?session=1&codlan=1&codcol=15&codcch=696	The Global Observatory for eHealth (GOe)	WHO Press, Geneva, 2006	Bericht des WHO Global Observatory	
	eHealth und Telemedizin: Was unternimmt das Ausland – und was die Schweiz? http://www.dievolkswirtschaft.ch/de/editions/200812/Denz.html	Martin Denz	In: Die Volkswirtschaft. Das Magazin für Wirtschaftspolitik. no. 12.2008		

Electronic Health Records in Ambulatory Care – A National Survey of Physicians. www.nejm.org	Catherine M. DesRoches et alii	in The New England Journal of Medicine, June 18, 2008	Amerikanische Studie zur Verbreitung von IKT in Arztpraxen.	
Managed Care – zurück in die Zukunft: Integrierte Versorgung braucht integrierende finanzielle Anreize (s. 4-8) http://www.fmc.ch/pdf/fachbroschuer_e_d.pdf	Werner Widmer	Publikation des Forums Managed Care, Mai 2008	Grundlagearticle zum Thema Managed Care	
Versorgungsnetze. Morgendämmerung	Philipp Grätzel von Grätz	in: E-HEALTH-COM, 3/2008, S. 22ff	Neuer Hausärztevertrag der AOK Baden-Württemberg mit Pflicht zur Online-Anbindung und elektronischem Patientenpass (Lifesensor). Anreize: Vereinfachtes Vergütungsmodell, obligatorische Online-Anbindung.	Innovatives Fallbeispiel
Gesundheitsreform und eHealth: Neue Wege der Finanzierung	Dominik Graf von Stillfried	in: E-HEALTH-COM, 2/2008, S. 26ff	Überblick über die Gesundheitsreform in Deutschland und deren Folgen für Unternehmen im eHealth-Bereich. Veränderte Vertragsbeziehungen eröffnen Chancen für neue Geschäftsmodelle.	keine konkreten Hinweise

	eHealth: Schlüssel zu Prozessinnovation und Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. Position von economiesuisse	economiesuisse	economiesuisse, Oktober 2006	Was Bund und Kantone tun sollen: Flexible Gesetzesgrundlagen schaffen, Ermöglichung finanzieller Anreize für eHealth, eindeutige Identifikation, pragmatische Anwendung des Datenschutzes, Definition und tw. Entwicklung der eHealth-Infrastruktur (Sicherung der Interoperabilität), Regelung der Finanzierung (mit PPP), Übernahme politischer Führung, Schaffung einer unabhängiger Plattform (Bund, Kantone und Wirtschaft).	für Gesamtprojekt und Phase Handlungsbedarf ev. interessant
--	--	----------------	------------------------------	---	---

Anhang 4:

Als Ergänzung UVG zum Zwischenbericht zur Situationsanalyse eHealth Schweiz (Stand 15.9.2008), Teilprojekt Finanzierung und Anreizsysteme

Auftrag gemäss Protokoll der Erweiterten Kernteam-Sitzung vom 18. August 2008 beim GS-EDI in Bern

Hinweise auf wesentliche Unterschiede des UVG gegenüber dem KVG im Zusammenhang mit der "Strategie eHealth Schweiz"

Auftraggeber:

- Erweitertes Kernteam Teilprojekt Finanzierungs- und Anreizsysteme

Verfasser:

- Benno L. Tobler, M.H.A., Suva, Leiter Stab Versicherungsmedizin

Verteiler:

- Andrea Nagel, BAG (Co-Projektleitung), Koordinationsorgan eHealth Schweiz
- Catherine Marik, BAG, Koordinationsorgan eHealth Schweiz

z.K.:

- Dr. iur. Markus Fuchs, Rechtsanwalt, Suva, Rechtsabteilung
- Dr. med. Christian A. Ludwig, Chefarzt Suva
- Thomas Mäder, Suva Abteilungsleiter Versicherungsleistungen
- Birgit Lang, Suva, Bereichsleiterin E-Services

0. Inhaltsverzeichnis

	<u>Seiten</u>	
0	Inhaltsverzeichnis	2
1	Einleitung	3
2	Definition Sozialversicherung (Schweiz)	4
3	Unfallversicherung gemäss UVG	5
4	Vereinfachte Kurzübersicht der wichtigsten Merkmale zwischen KVG und UVG	5 - 8
5	Die Suva und die Eigenschaften des Suva-Modells	8
6	Fazit	8 - 9

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheitswesen
BfU	Beratungsstelle für Unfallverhütung
BPV	Bundesamt für Privatversicherung
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
BU	Berufsunfall
BV	Berufliche Vorsorge gemäss BVG
BVG	Bundesgesetz Berufliche Vorsorge
eMedicus	Elektronischer Zugang des Leistungserbringers und versicherte Betriebe in definierte Administrativdaten über ein Portal (z.B. Auslösung der Taggeldzahlungen)
HMO	Health Maintenance Organization
IV	Invalidenversicherung gemäss IVG
IVG	Invalidenversicherungsgesetz
KLV	Krankenpflege Leistungsverordnung
KVG	Krankenversicherungsgesetz (obligatorischen Krankenversicherung)
KVV	Krankensicherungsverordnung
MVG	Militärversicherungsgesetz
NBU	Nichtberufsunfall
PPP	Public Private Partnership
RAD	Regional Ärztlicher Dienst der IV
SGV	Schweizerischer Verband für Vertrauensärzte
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband
UV	Unfallversicherung
UVG	Unfallversicherungsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

1. Einleitung

Ausgangslage:

Der Bundesrat hat auf Antrag des Eidgenössischen Departements des Innern die "Strategie eHealth Schweiz" für die Jahre 2007 bis 2015 genehmigt. Mit der Strategie "eHealth" will der Bundesrat die Effizienz, Qualität und Sicherheit der elektronischen Dienste im Gesundheitswesen verbessern. Kernelement der Strategie ist der schrittweise Aufbau eines elektronischen Patientendossiers, welches Ärzten und anderen Leistungserbringern mit dem Einverständnis der Patienten Zugriff auf behandlungsrelevante Informationen geben soll. Als zweites Kernelement der Strategie ist der Ausbau der "Online-Dienste" vorgesehen. Zur Umsetzung der Strategie werden Bund und Kantone ein Koordinationsorgan, "eHealth" mit einer Geschäftsstelle gründen. Der neu gegründete Steuerungsausschuss eHealth von Bund und Kantonen hat am 10. April 2008 die Aufträge an die sechs Teilprojekte verabschiedet. Mit den Teilprojekten "Standards und Architektur" sowie "Modellversuche und PPP" sollen die technischen und organisatorischen Grundlagen für den regionalen und nationalen Aufbau von eHealth-Lösungen erarbeitet werden. Die Teilprojekte „Rechtliche Grundlagen“ sowie "Finanzierung und Anreizsysteme" bereiten das Terrain vor für ein gesetzliches Fundament bei Bund und Kantonen. Das Teilprojekt "Online-Dienste und Befähigung" stellt die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in der Vordergrund, und das Teilprojekt "Bildung" prüft Möglichkeiten von Aus-, Weiter- und Fortbildungsangeboten in allen Gesundheitsberufen.

Teilprojektgruppe "Finanzierungs- und Anreizsysteme":

Gemäss Rahmenbedingungen beschränkt man sich in der Situationsanalyse auf den Sozialversicherungsbereich und schliesst damit bewusst den Privatversicherungsbereich gemäss VVG aus. Zwischenzeitlich wurde die Situationsanalyse vom Kernteam erstellt, welche sich aber aus zeitlichen Gründen nur auf den Krankenversicherungsbereich beschränkt. An der Erweiterten Kernteamsitzung beim GS-EDI vom 18. August 2008 wurde die Situationsanalyse zur Kenntnis genommen und gewürdigt. Es wurde an dieser Sitzung erkannt, dass die Situationsanalyse mit einem kleinen Beitrag "*Hinweise auf wesentliche Unterschiede des UVG gegenüber dem KVG im Zusammenhang mit eHealth*" zwingend ergänzt werden muss. Die Teilprojektgruppe und die Co-Projektleitung hat aus diesem Grunde den Vertreter der Suva beauftragt, einen Beitragsentwurf als Inputpapier zu verfassen.

Die obligatorische Unfallversicherung:

Die obligatorischen Unfallversicherungen sind in den meistens industrialisierten europäischen und angelsächsischen Nationen ähnlich ausgestaltet. Sie unterscheiden sich aber insbesondere in den Trägerschaftsformen (Monopole, Oligopole, Teilmonopole, Mehrfachträgerschaften, Privatversicherer), Effizienz und Solidarität der Finanzierung und BU-NBU. Der vorliegende Kurzbericht beschränkt sich bewusst auf die Schweiz und geht nicht auf die nationalen Unterschiede ein.

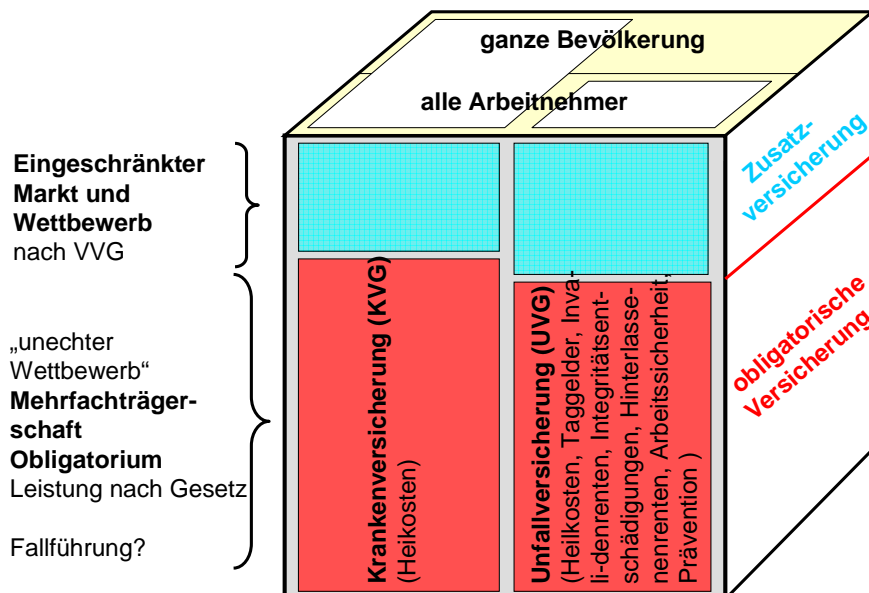
Hinweis auf weitere Sozialversicherungen:

Um ein vollständiges Bild zur Situationsanalyse im Zusammenhang mit eHealth Schweiz zu erhalten, wären insbesondere auch die Invalidenversicherung (IV) gemäss IVG und die berufliche Vorsorge (BV) gemäss BVG einzubeziehen.

2. Definition einer Sozialversicherung (Schweiz)

In den beiden Zweigen KVG und UVG wurden im Laufe der Zeit obligatorische, gesetzlich festgelegte Leistungsbänder definiert. Interessanterweise werden in den zwei Zweigen die an sich „einfachen“ obligatorischen Leistungen durch einen Mix von Mehrfachträgerschaften mit unterschiedlichen Rechts-, Transparenz- und Finanzierungsvorschriften angeboten, die ihrerseits mit Risikoausgleichssystemen (KVG) oder rigiden gesetzlichen Auflagen (UVG) in einen "unechten Wettbewerb" eingebunden sind.

Abbildung 1: Heutiges System KVG und UVG



Die Rückbesinnung auf den eigentlichen Zweck und die Charakteristiken einer Sozialversicherung zeigt auf, dass das gegenwärtige, historisch gewachsene System wesentliche Merkmale nicht mehr erfüllt. Die allgemein anerkannte Definition der Sozialversicherung von Prof. Thomas Locher⁸, Universität Bern, nennt die folgenden Merkmale:

- Abdeckung sozialer Risiken
- Keine Gewinnorientierung
- Verwaltungseffizienz
- Transparenz

⁸ Locher, T.: Grundriss des Sozialversicherungsrechts; Stämpfli Verlag AG, Bern, 2003, S. 47-61

- Äquivalenzprinzip⁹
- Obligatorium
- Öffentliche Normierung
- Rechtssatz festgelegter Rechte und Pflichten
- Sozialversicherungsgerichtsbarkeit

Das Bundessozialversicherungsrecht umfasst zurzeit zehn Versicherungszweige (unter anderem KVG, IVG, BVG und UVG), deren Grundlage einzelne Bundesgesetze mit den ergänzenden Verordnungen sind. Diese sind in einer jahrzehntelangen Entwicklung geschaffen worden, ohne einheitliche Systematik, mit teilweise ungenügender Koordination und unmittelbar beeinflusst von den jeweiligen politischen und wirtschaftlichen Verhältnissen der Zeit, in der sie erlassen oder revidiert worden sind.

⁹ Risikogerecht abgestufte Prämien und versicherungstechnisches Gleichgewicht zwischen Prämie und zugesicherter Leistung

3. Unfallversicherung gemäss UVG

Am 1. Januar 1984 trat das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) in Kraft. Es führte das Versicherungsobligatorium für alle in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmer für Berufsunfälle, Berufskrankheiten sowie Nichtberufsunfälle ein. Mit dem Versicherungsobligatorium wurde auch die Mehrfachträgerschaft eingeführt. Neben der Suva, die in einem klar definierten Marktbereich arbeitet, traten private Versicherer, Krankenkassen und 2 öffentliche Unfallversicherungskassen dazu. Derzeit (Stand 1.1.2008) sind dies 36 Versicherer und eine Ersatzkasse. Die Prämien für die Versicherung der Berufsunfälle und Berufskrankheiten gehen zulasten der Arbeitgeber. Die Prämien der Nichtberufsunfallversicherung gehen zulasten der Arbeitnehmer. Der Arbeitgeber kann diese jedoch teilweise oder ganz übernehmen.

Unfälle unterscheiden sich wesentlich gegenüber Krankheiten. Dies nicht nur aus medizinischer und ätiologischer Sicht sondern auch aus leistungstechnischer Sicht des Versicherers. Gegenüber der Unfallversicherung beschränkt sich die soziale Krankenversicherung gemäss KVG lediglich auf die Heilkosten. Im UVG sind es insbesondere als Leistungen und Aufgaben:

- Heilkosten
- Taggelder
- Invalidenrenten
- Integritätsentschädigungen
- Hilflosenentschädigungen
- Hinterlassenenrenten
- Berufskrankheiten
- Prävention (Arbeitssicherheit)
- Rehabilitation

In der Ausgestaltung des KVG (18. März 1994) sind die analogen Optimierungselemente gemäss UVG nicht entsprechend berücksichtigt und zielen auf die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Kostenwirksamkeit der Heilbehandlung und Pflegeleistung mit Blick auf die Heilkosten der obligatorischen Leistungen ab. Die koordinierte und nur mit langfristigen Investitionen erreichbare Entfaltung der Prävention sind im heutigen System wenig oder kaum spürbar.

Der Unfallversicherer hat ein ganzheitliches Interesse mit Prävention, der schnellen Erlangung der Arbeitsfähigkeit und damit die Erhaltung eines guten Gesundheitszustandes. Die Fallführung liegt „de jure“ beim Versicherer. Es gilt das Sachleistungs- und Naturalleistungsprinzip¹⁰. Die Prävention spielt eine

¹⁰ Der Versicherer erbringt die Leistungen (vor allem die Heilbehandlungen) in natura, das heisst in eigenen Kliniken oder durch direkte Vergütung der Rechnungen der Leistungserbringer.

wichtige Rolle und kann damit im weiteren Sinne als eingesparte Versicherungsleistung betrachtet werden.

4. Vereinfachte Kurzübersicht der wesentlichen Merkmale zwischen KVG und UVG

Bei der Situationsanalyse Finanzierungs- und Anreizsysteme für eHealth sind die unterschiedlichen Rahmenbedingungen zwischen KVG und UVG zu beachten. Die nachstehende Tabelle zeigt in stark vereinfachter Form die wesentlichen Unterschiede dieser Rahmenbedingungen auf.

Tabelle 1: Vereinfachte Kurzübersicht der wesentlichen Merkmale zwischen KVG und UVG

Kriterium	KVG	Subsidiäre Unfallversicherung gemäss KVG	UVG
Obligatorium	Ganze Bevölkerung Ca. 7.2 Mio. Versicherte	Nicht UVG-Versicherte Ca. 3.6 Mio. Versicherte - Kinder - Schüler, Studenten - Rentner - Betriebsinhaber	Alle Arbeitnehmer (ab 8 Std. pro Woche) Suva ca. 110'000 Betriebe bzw. ca. 1.8 Mio. Versicherte Privatversicherer: ca. 280'000 Betriebe bzw. ca. 1.7 Mio. Versicherte
Versicherungsschutz	Krankheit	Unfall	Berufsunfall, Nichtberufsunfall, Berufskrankheit, unfallähnliche Körperschädigung (UKS)
Prinzip der Leistungspflicht	Kausalitätsversicherung, d.h. Basisversicherung	Finalitätsprinzip (Bedarfsversicherung)	Kausalitätsprinzip (Ursachenversicherung), d.h. Spezialversicherung
Versicherungsnehmer	Versicherte Person	Versicherte Person	Betrieb oder freiwillig versicherte Person
Versicherer (Stand 1.1.2008)	85 KVG-Versicherer	85 KVG-Versicherer 34 Privatversicherer	Teilmonopol: - Suva (Teilmonopol (Art. 66 UVG)) - 34 Privatversicherer (Teilmonopol Art. 68 UVG) - 2 öffentliche Kassen - Ersatzkasse (Art. 72 UVG)
Subventionierung durch öffentliche Hand	Ja (kantonale Prämienverbilligung, Risikoausgleich der Versicherer)	Ja (kantonale Prämienverbilligung, Risikoausgleich der Versicherer)	Nein
Prämienart	Kopfprämie (kantonal und regional abgestuft, Kinder/Erwachsene unterschiedlich)	Kopfprämie (kantonal und regional abgestuft unterschiedlich)	Lohn- und risikoabhängige Prämie
Äquivalenz	Datenlage unbefriedigend Prämien- und Risikoausgleichssysteme unbefriedigend Massive kantonale Unterschiede Einschränkungen des Kassenwechsels im Zusammenhang mit Zusatzversicherung	Datenlage unbefriedigend Prämien- und Risikoausgleichssysteme unbefriedigend Massive kantonale Unterschiede Einschränkungen des Kassenwechsels im Zusammenhang mit Zusatzversicherung	Suva: Grundsätzlich ja, aber Verknüpfung BUV-NBUV-Prämien pro Berufsbranche (Solidarität in der NBU am Limit) Privatversicherer: Zunehmende Individualisierung der Prämien

Verbund Prävention-Versicherung-Rehabilitation ("Öffentliche Gut-Funktion")	Stiftung für Gesundheit	Krankenversicherer: Stiftung für Gesundheit Privatversicherer: Prävention mehrheitlich an BfU delegiert	Suva: Prävention-Versicherung-Rehabilitation Privatversicherer: Prävention mehrheitlich an BfU delegiert
Versicherte ad personam dem Versicherer bekannt	Ja	Ja	Versicherte Betriebe sind bekannt; das heisst, der Versicherte wird erst im Fall eines gemeldeten Unfalls bekannt
Fallführung	Leistungserbringer	Leistungserbringer	De jure beim Versicherer
Versicherungseigene Ärzte für medizinische Abklärungen	Vertrauensarztsystem (keine eigenen Ärzte)	Vertrauensarztsystem (keine eigenen Ärzte)	Suva: Versicherungsmedizin am Hauptsitz mit eigenen Ärzten und einem eigenen Kreisarztsystem auf den Agenturen Privatversicherer: Vertrauensärzte (keine eigenen Ärzte); Chefarzt SVV
Abzusichernde Risiken	Soziale Risiken:	Soziale Risiken:	Soziale Risiken:
- Heilkosten	Ja, gemäss Leistungskatalog (siehe KLV)	Ja, gemäss Leistungskatalog (siehe KLV)	Ja
- Taggelder (Lohnersatz)	Nein bzw. nur relative tiefe Taggelder versicherbar für zugelassene KVG-Versicherer mit Taggeld.	Nein bzw. nur relative tiefe Taggelder versicherbar für zugelassene KVG-Versicherer mit Taggeld	Ja (Karenzfrist 3 Tage)
- Invalidenrenten	Nein	Nein	Ja
- Integritätsentschädigungen	Nein	Nein	Ja
- Hinterlassenenrenten	Nein	Nein	Ja
- Übernahme der Kosten für berufliche Umschulung	Nein	Nein	Nein bzw. IV
- Hilfloosenentschädigung	Nein	Nein	Ja
- Franchisen	Ja	Ja	Nein
- Selbstbehalt	Ja	Ja	Nein
Max. versicherter Verdienst	-	-	Max. Fr. 126'000.- pro Jahr (Stand 1. 1.2008)
Vertragliche Einschränkung der Arzt- und Spitalwahl möglich	Versichert ist nur allgemeine Abteilung, aber HMO und Hausarztmodell möglich	Versichert ist nur allgemeine Abteilung, aber HMO und Hausarztmodell möglich	Versichert ist nur allgemeine Abteilung

Leistungsabwicklung / Rechte und Pflichten	Kostenrückerstattungsprinzip (in der Regel Tiers garant) der Heilkosten abzüglich Franchisen und Selbstbehalte	Kostenrückerstattungsprinzip (in der Regel Tiers garant) der Heilkosten abzüglich Franchisen und Selbstbehalte	Sachleistungs- oder Naturalleistungsprinzip (Tiers payant) Öffentlich rechtliches Verhältnis
Krankheits- oder Unfallmeldung	Versicherte Person	Versicherte Person	Versicherter Betrieb (evtl. verunfallte Person)
Fall (Dossier)	Als Quartalsfall für Abrechnung, Wechsel des Versicherers führt zu Informationsverlust des Abrechnungsdossiers (Heilkosten)	Als Quartalsfall für Abrechnung, Wechsel des Versicherers führt zu Informationsverlust des Abrechnungsdossiers (Heilkosten)	Der Unfall bleibt über die ganze Lebenszeit des Verunfallten beim gleichen UVG-Versicherer (Rückfälle, Heilkosten, Taggelder, Rente etc.); Schadenfall = Dossier über Lebenszeit (bei schwereren Fällen)
Datenschutz	Fallführung beim Leistungserbringer Vertrauensärzte	Fallführung beim Leistungserbringer Vertrauensärzte	Fallführung de jure beim Versicherer Suva: Eigenes Kreisarztssystem und Versicherungsmedizin für die unabhängige ärztliche Beurteilung Privatversicherer: Vertrauensärzte

5. Die Suva und die Eigenschaften des Suva-Modells

Die Suva ist eine selbständige öffentlich-rechtliche, vom Bund finanziell unabhängige und nicht subventionierte Unternehmung. Ertragsüberschüsse kommen in Form von Prämienreduktionen den Versicherten zugute. Die Suva ist die einzige Versicherung in der Schweiz, die mit der Prävention, Versicherung und Schadenmanagement bis hin zur Wiedereingliederung einen umfassenden Produktmix anbietet.

Die Suva vollzieht als selbständige öffentlich rechtliche Anstalt mit einem paritätisch zusammengesetzten Verwaltungsrat das UVG innerhalb eines Oligopols in dem ihm gesetzlich zugewiesenen Bereich (2. Sektor mit Monopol Art. 66 UVG). Zusätzlich erfüllt sie auch den Auftrag der Arbeitssicherheit (Art. 85 UVG), Berufskrankheiten und Rehabilitation.

Alle diese Komponenten spielen mit der ganzheitlichen Optimierung im Schadenabwicklungs- und Präventionsprozess einschliesslich Berufskrankheiten der Suva eine zentrale Rolle. Die Solidarität und die Ausgestaltung der risikogerechten Prämien beruhen auf gesetzlichen Grundlagen und dem Sozialversicherungsprinzip. Das „Suva-Modell“ verfolgt einen integrativen Optimierungsansatz und eine ganzheitliche und langfristige Sichtweise im Interesse des Versicherten, des versicherten Betriebes und des Versicherers.

6. Fazit

Die Situationsanalyse zeigt, dass im UVG gegenüber dem KVG aufgrund der Rahmenbedingungen für eHealth vielfach bessere Voraussetzungen vorhanden sind. Die beiden Sozialversicherungen unterscheiden sich unter anderem auf Trägerschaftsebene, organisationaler Ebene, Fallführungsebene, Leistungsabgrenzungsebene, Finanz- und Risikoebene, Präventionsebene und ordnungspolitischer bzw. volkswirtschaftlicher Ebene.

Beispiele:

- Dossier: Ein Unfall x mit schweren Verletzungen oder Berufskrankheiten vom Zeitpunkt y bleibt beim Versicherer als Papier- und/oder elektronisches Dossier nicht nur über eine Episode des Erstereignisses erhalten, sondern über die Lebenszeit des Verunfallten. Die Episoden des Falles sind damit vollständig integriert und dokumentiert (Rückfälle, Rentenfälle etc.). Der Unfall bleibt als Fall beim gleichen Versicherer über die gesamte Lebenszeit des Verunfallten.
- Fallführung/Datenschutz: Die Fallführung liegt "de jure" beim Versicherer.
- Optimierung: Der Unfallversicherer zielt auf die schnelle Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und damit auf den ganzheitlichen Aspekt (Gesundheit, Arbeitssicherheit, Prävention, Heilkosten, Taggeld, Invalidenrenten, Integritätsentschädigung, Hinterlassenenrenten etc.).
- Der Versicherte ist erst zum Zeitpunkt der Unfallmeldung durch den versicherten Betrieb beim UVG-Versicherer "ad personam" bekannt.
- Die Suva verfügt seit 1929 über eine eigene Versicherungsmedizinische Abteilung und einen kreisärztlichen Dienst auf allen Agenturen in der Schweiz mit eigenen Ärzten. Die IV beginnt seit kurzem, gestützt auf die letzte IVG-Revision, ebenfalls Regional Ärztliche Dienste (RAD) in der Schweiz aufzubauen.
- Als öffentliche rechtliche Unternehmung ist es der Suva möglich, aufgrund ihrer flächendeckenden Versicherung und Grösse im eHealth eine gewisse Vorreiterrolle oder "Standardsetzer" in enger und kooperativer Zusammenarbeit mit den Privatversicherern und weiteren Akteuren zu spielen (Beispiele: New Case Management, Elektronischer Bilddatenaustausch EBIDA, elektronische Lohnmeldung ELM, elektronischer Datenaustausch Leistungserbringer/Kostenträger für Heilkosten-Rechnungsabwicklung, eMedicus, KIMSA: Kooperatives Integrationsmanagement Suva - Hausärztenetzwerke argomed etc.).

ⁱ Dänemark wurde ausgewählt, weil es als Vorreiter in Sachen eHealth gilt. Die dort verankerten Lösungen haben sowohl bei der Bevölkerung wie auch bei den Leistungserbringern eine hohe Akzeptanz. Quellen:

- National IT Strategy 2003-2007, Mai 2003;
- Gartner Case-Study, 30. Mai 2006;
- ERA-Factsheet Denmark, März 2007;

- Markus Nufer, IBM Schweiz, Gespräch am 10. Juli 2008;
- Denz, M.: Konsequenzen der nationalen E-Health Strategie, in: SAEZ 2007;88(9):378-82.
- Nufer, M.: Die vernetzte dänische Gesundheitsversorgung, in: Managed Care 6/2007:21-3.
- www.medcom.dk, konsultiert am 10.7.2008.

ⁱⁱ Deutschland wurde ausgewählt, weil es ein wichtiges Nachbarland ist und einen rechtsgetriebenen und gleichzeitig kooperativen Ansatz verfolgt. Quellen:

- Sozialgesetzbuch (SGB) V, §§ 67, 68, 288, 290, 291a und b;
- Nutzungszuschlags-Gesetz (NutzZG) vom 22.6.2005;
- ERA-Factsheet Germany, März 2007 und ERA-Report Germany, Juni 2007;
- Dr. Karl A. Stroetmann, empirica Bonn, Gespräch am 4. Juli 2008;
- Elektronische Gesundheitskarte: Erste Ergebnisse zur Finanzierung, 18.2.2008, auf: www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=31398, konsultiert am 4.7.2008.

ⁱⁱⁱ Die Niederlande wurden ausgewählt, weil das Gesundheitssystem mit dem der Schweiz vergleichbar ist und bereits verglichen wurde. Das niederländische Gesundheitswesen gilt als fortschrittlich und pragmatisch. Quellen:

- ERA-Factsheet The Netherlands, März 2007 und ERA-Report The Netherlands, Oktober 2007;
- Beun, J.G. und Bakker, A.: Niederlande: Der Weg zur elektronischen Patientenakte, in: Managed Care 6/2007:15-7.
- www.nictiz.nl, konsultiert am 16.7.2008.

^{iv} Österreich wurde ausgewählt, weil der pragmatische Ansatz im Bereich eHealth auch im Teilprojekt Architektur und Standards Beachtung findet. Ausserdem ist Österreich auch politisch durch die föderale Struktur mit der Schweiz vergleichbar. Quellen:

- Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Art. 7;
- Vereinbarung zwischen Bund, Ländern und Bundesgesundheitsagentur zur Errichtung der ARGE ELGA, unter: http://www.arge-elga.at/fileadmin/user_upload/uploads/download_Papers/Arge_Papers/Vereinbarung_ARGE_ELGA_ohne_Unterschriften.pdf, konsultiert am 18.7.2008;
- ERA-Factsheet Austria, März 2007 und ERA-Report Austria, April 2007;
- www.arge-elga.at, konsultiert am 16.7.2008;
- www.chipkarte.at, konsultiert am 22.7.2008;
- www.bmgf.cms.apa.at/cms/site/thema.html?channel=CH0709, konsultiert am 16.7.08 (Informationen zu ELGA des Bundesministeriums für Gesundheit, Familien und Jugend);
- Krüger-Brandt, Heike E.: Chipkarte: e-card startet in Österreich; Deutsches Ärzteblatt 2004; 101(49);
- Interview mit Dipl.Ing. Dr. Alexander Schanner, Chefplaner ARGE ELGA, Medical Tribune 28/2007.

^v Schottland wurde ausgewählt, weil sein pragmatischer Ansatz in Expertenkreisen hohe Beachtung findet. Ausserdem ist Schottland ein Teil von UK, der grundsätzlich von der Autonomie her mit den Kantonen vergleichbar ist. Quellen :

- eHealth strategy 2008-2011, National Health Service Scotland;
- ERA-Factsheet Scotland, März 2007;
- Delivering for Health, Kapitel 3.1 eHealth strategy, Dezember 2005;
- Dr. Karl A. Stroetmann, empirica Bonn, Gespräch am 4. Juli 2008;
- Sinnott, R.O, Stell A.J., Ajayi, O.: Initial Experiences in Developing e-Health Solutions across Scotland, unter: <http://labserv.nesc.gla.ac.uk/projects/votes/edinIHR.pdf>, konsultiert am 8.7.2008;
- www.ehealth.scot.nhs.uk, konsultiert am 8.7.2008;
- www.gpass.scot.nhs.uk, konsultiert am 4.7.2008.