



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



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

eHealth Suisse

Finanzierungsmodelle für (Stamm-)Gemeinschaften

Umsetzungshilfe für die Trägerschaft von (Stamm-)Gemeinschaften

Vom Projektleitungsgremium zur Kenntnis genommen

Bern, 21. Juni 2016

ehealthsuisse

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

Impressum

© Koordinationsorgan eHealth Bund-Kantone

Projektorganisation:

Steuerungsausschuss: Alain Berset (Bundesrat, Vorsteher EDI); Pascal Strupler (Direktor BAG); Stefan Spycher (Vizedirektor BAG); Oliver Peters (Vizedirektor BAG); Guido Graf (Regierungsrat, Vorsteher GD LU); Heidi Hanselmann (Regierungsrätin, Vorsteherin GD SG); Susanne Hochuli (Regierungsrätin, Vorsteherin GD AG); Mauro Poggia (Regierungsrat, Vorsteher GD GE).

Projektleitungsgremium: Adrian Schmid („eHealth Suisse“, Vorsitz); Lotte Arnold (SPO); Susanna Bürki-Sabbioni (SVBG); Reinhold Sojer (BAG); Adrian Jaggi (santésuisse); Hansjörg Looser (GD SG); Daniel Notter (pharmaSuisse); Caroline Piana (H+); Georg Schielke (GDK); Walter Stüdeli (IG eHealth); Salome von Greyerz (BAG); Judith Wagner (FMH).

Geschäftsstelle eHealth Bund-Kantone: Adrian Schmid (Leitung), Sang-Il Kim, Catherine Bugmann, Johannes Gnägi, Stefan Wyss, Isabelle Hofmänner

Arbeitsgruppe der Umsetzungshilfe: Daniel Böhringer (Swisscom), Catherine Bugmann (eHealth Suisse), Marcel Durst (ASPS), Andrea Engelhardt (IG eHealth, HINT AG), Silvio Frey (IG eHealth, Schweiz. Post), Martin Fuchs (IG eHealth, HINT AG), Johannes Gnägi (eHealth Suisse), Christian Greuter (HIN), Lucas Kemper (Kanton Bern), Cornelis Kooijman (Spitex Verband Schweiz), Jürg Lindenmann (VGI.ch), Nicolai Lütschg (BAG, Projektleiter EPDG), Martin Rüfenacht (IG eHealth, Cisco), Adrian Schmid (eHealth Suisse), Walter Stüdeli (IG eHealth), Omar Vanoni (Kanton Tessin), Urs Zaroni (Kanton Aargau)

Lizenz: Die Ergebnisse gehören „eHealth Suisse“ (Koordinationsorgan eHealth Bund-Kantone). Das Schlussergebnis wird frei verfügbar über geeignete Informationskanäle veröffentlicht. Das Koordinationsorgan prüft, inwieweit die Ergebnisse unter der Creative Commons Lizenz vom Typ „Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 3.0 Schweiz Lizenz“ veröffentlicht wird (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/ch/>).

OID des vorliegenden Dokumentes: 2.16.756.5.30.1.127.1.3.2.1.1

Weitere Informationen und Bezugsquelle:

www.e-health-suisse.ch

Zweck und Positionierung dieses Dokuments

Die Umsetzungshilfe „Finanzierungsmodelle für (Stamm)-Gemeinschaften“ wurde erarbeitet von KPMG, fachlich begleitet von der „Arbeitsgruppe Geschäftsmodelle“. Er beschreibt den aktuellen Kenntnisstand der Arbeitsgruppe, die Rahmenbedingungen können sich aber im Verlauf der Umsetzung des EPDG verändern. Das Projektleitungsgremium von „eHealth Suisse“ hat den Bericht zur Kenntnis genommen, die Aussagen müssen sich aber nicht mit den Meinungen der Mitglieder des Gremiums decken. Das Dokument ist zugänglich unter www.e-health-suisse.ch. Umsetzungshilfen von „eHealth Suisse“ geben den betroffenen Akteuren Hinweise, wie sie eine Aufgabe im Umfeld der digitalen Vernetzung angehen können. Die angesprochenen Akteure können selber entscheiden, ob sie sich an die Vorschläge halten wollen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
1 Einleitung	6
1.1 Ausgangslage	6
1.2 Auftrag und Vorgehen	7
2 Grundlegende Herausforderungen	7
2.1 Organisationsmodelle	9
2.2 Zahlungsbereitschaft	9
2.3 Rolle der öffentlichen Hand	11
2.3.1 Service Public – Kanton Waadt	12
2.3.2 Service Public mit Finanzierung Dritter – Kanton Wallis	13
2.3.3 Kaum Service Public – Kanton Zürich	14
2.3.4 Beurteilungsraster für Finanzierungsansätze	15
2.4 Gesundheitspolitische Anforderungen	16
3 Checkliste	16
3.1 Vision	17
3.2 Strategie	18
3.3 Finanzierungsmodell	21
3.4 Vorgehen	23
4 Erste Lösungsansätze	24
4.1 2-2-1 Modell (Post)	24
4.2 Prozesseinsparungen fördert Zahlungsbereitschaft (Swisscom)	24
4.3 Wachstumsgerichteter Mix aus Grundversorgung und Nutzungsentgelt	26
Anhang 1: Juristische Einschätzung BAG: Geschäftsmodelle Zugangsportale	28
Anhang 2: Datenfluss im Kanton Aargau	35

Zusammenfassung

Das EPDG enthält keine Vorgaben zur Finanzierung von Gemeinschaften/Stammgemeinschaften (G/SG). Dieser Umstand hat die Mitglieder des Teilprojektes Aufbau und Vernetzung dazu bewogen, eine Arbeitsgruppe „Finanzierungsmodelle für G/SG“ einzusetzen. Der zugrundeliegende Kurzbericht richtet sich als Entscheidungs- und Orientierungshilfe für die Betriebsfinanzierung von G/SG an die EPDG-Umsetzungsverantwortlichen in den Kantonen. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe können wie folgt zusammengefasst werden:

Arbeitsgruppe „Finanzierungsmodelle für G/SG“

Für eine nachhaltige Finanzierung einer G/SG ist ein tragfähiges Geschäftsmodell erforderlich. Als mögliche Finanzierungsmodelle kommen insbesondere die öffentliche Hand, Mitgliederbeiträge und der Ausbau des Zuweiserportals zu einem Gesundheitsportal in Frage. Basierend auf der Regulierungsfolgenabschätzung des Bundes zum EPDG beläuft sich die Finanzierung einer G/SG auf durchschnittlich 2.495 Millionen Franken pro Jahr und ist unabhängig denkbarer Organisationsformen (All-in-one, Duopol) als Richtwert zu verstehen. Die zum heutigen Zeitpunkt bestehende Kosten-Nutzenproblematik kann durch die zu Beginn eher geringe Zahlungsbereitschaft der beteiligten Akteure nicht direkt gelöst werden. Demzufolge wird die Rolle der öffentlichen Hand und deren finanzielle Unterstützung von G/SG im Sinne einer Starthilfe als zentral erachtet.

Mögliche Finanzierungsmodelle

Die Arbeitsgruppe unterscheidet in ihren Arbeiten drei Rollen der öffentlichen Hand und illustriert die jeweiligen Rollenverständnisse und Grundhaltungen mit einem bezeichnenden Beispiel: 1. Reiner Service Public (Beispiel Kanton Waadt), 2. Service Public mit Finanzierung Dritter (Beispiel Kanton Wallis) und 3. Kaum Service Public (Beispiel Kanton Zürich). Zur Ermessung, welche kantonalen Finanzierungsansätze im eigenen Kanton in Frage kommen, liegt ein Beurteilungsraster vor. Dabei werden Kriterien wie Umsetzungsrisiken, unternehmerische Anreize, regionale Versorgungsaspekte, Wettbewerbsfragen, Synergieeffekte sowie der Zeitfaktor berücksichtigt.

Rolle der öffentlichen Hand

Weiter dienen drei gesundheitspolitische Anforderungen an die Finanzierungsmodelle für G/SG als Orientierungshilfe: Erstens soll die G/SG einen offenen Zugang für alle Patienten ermöglichen. Zweitens soll der Zugang auch für alle Leistungserbringer ausgestaltet werden. Drittens sollen die Leistungen einer G/SG eine gesamte Versorgungsregion abdecken.

Drei gesundheitspolitische Anforderungen

Als Kernergebnis der Arbeitsgruppe liegt eine Checkliste – unterteilt in die Module „Vision“, „Strategie“ und „Finanzierungsmodell“ – vor. Diese Module weisen schrittweise auf die relevanten Fragestellungen einer Betriebsfinanzierung von G/SG hin, wodurch sich auch allfällige Umsetzungshürden frühzeitig identifizieren lassen. Das Modul „Vision“ soll aus versorgungsregionaler Sicht die Daseinsberechtigung von G/SG legitimieren und beinhaltet folgende Aspekte: Die Nutzenstiftung, die integrierte Versorgung sowie die visionäre Rolle der öffentlichen Hand. Das Modul „Strategie“ soll die Vision konkretisieren, indem durch strategische Ziele die Rahmenbedingungen für das Handeln von G/SG definiert werden. Dabei werden Denkanstösse zu folgenden Aspekten dargelegt: Bestehende kantonale Strategien, relevante Treiber und Anreize, die strategische Rolle des Kantons, die Aufgaben und Organisation von G/SG, deren Zertifizierung, der Zeithorizont der Strategieumsetzung sowie der Ausbau

Checkliste Vision, Strategie und Finanzierungsmodell

von G/SG. Das Modul „Finanzierungsmodell“ soll schlussendlich Hinweise auf Fragen einer nachhaltigen Finanzierung von G/SG geben. Relevante Aspekte bilden dabei die Kundensegmente, die Leistungen und Preise vs. Erwartungen und Zahlungsbereitschaft sowie die Erträge/Kosten und Rückstellungen.

Ergänzend zur Checkliste verweist die Arbeitsgruppe auf bestehende Lösungsansätze zur Überwindung der Finanzierungsproblematik von G/SG.

Zusammenfassend eröffnet der zugrundeliegende Kurzbericht den EPDG-Umsetzungsverantwortlichen in den Kantonen eine umfassende, aber nicht abschliessende Orientierungs- und Entscheidungshilfe für die Betriebsfinanzierung von G/SG.

In diesem Dokument nicht behandelt wird die Frage, inwiefern Behandelnde einen allfälligen Zusatzaufwand im Umgang mit dem elektronischen Patientendossier abrechnen können. Das Festlegen von Tarifen ist primär Aufgabe der Tarifpartner.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die Förderung elektronischer Gesundheitsdienste („eHealth“) und insbesondere des elektronischen Patientendossiers ist ein wesentliches Element der im Jahre 2013 verabschiedeten Strategie „Gesundheit2020“¹ des Bundesrates. Das Parlament hat das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG)² am 19. Juni 2015 verabschiedet. Mit dem elektronischen Patientendossier, nachfolgend auch EPD genannt, sollen die Qualität der Behandlungsprozesse verbessert, die Patientensicherheit erhöht, die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert sowie die Gesundheitskompetenz der Patienten gefördert werden. Das EPDG legt die rechtlichen Voraussetzungen fest, unter denen die im EPD enthaltenen medizinischen Daten bearbeitet werden können.

Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPD)

Um die Einführung und Verbreitung des EPD voranzutreiben, unterstützt der Bund den Aufbau und die Zertifizierung von Gemeinschaften bzw. Stammgemeinschaften³, nachfolgend auch G/SG genannt, über Finanzhilfen in der Höhe von insgesamt 30 Millionen Franken. Die Finanzhilfen des Bundes sind an eine Mitfinanzierung in der gleichen Höhe durch die Kantone oder Dritte gebunden. Der Betrieb von G/SG muss jedoch über andere Finanzierungsmodelle und Ertragsmechanismen sichergestellt werden.

Finanzhilfe des Bundes

Die zurückhaltende Entwicklung bezüglich Aufbau der eHealth-Infrastruktur in der Schweiz verdeutlicht, dass der elektronische Datenaustausch zwischen den Gesundheitsfachpersonen (GFP) – insbesondere institutionsübergreifend – erst in den Anfängen steckt. Obwohl eine Inkraftsetzung des EPDG bereits per 2017 vorgesehen ist, sind die Vorgehensweisen einzelner Akteure eher vorsichtig abwartend zu beschreiben. Dies ist u.a. auf noch ausstehende gesetzliche Entscheide auf Verordnungsstufe zurückzuführen und die Herausforderung für die Umsetzungsverantwortlichen in den Kantonen eine nachhaltige Finanzierungslösung des Betriebs von G/SG zu erarbeiten.

Obwohl die konkreten Aufgaben einer G/SG erst im Ausführungsrecht zum EPDG festgelegt werden, sind erste Ideen und Konzepte zu Finanzierungsmodellen von G/SG erforderlich.

¹ Vgl. Gesundheit 2020, Einsicht unter www.bag.admin.ch.

² Bundesgesetz vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier (EPDG, SR 816.11, BBl 2015 5321).

³ Stammgemeinschaften müssen im Gegensatz zu Gemeinschaften nebst den Funktionen „Datenbereitstellung“ und „Datenabruf“ zusätzlich die Einwilligungen und Widerrufserklärungen verwalten und Zugriffseinstellungen über ein internes Zugangsportal ermöglichen. Ein EPD kann nur bei einer SG eröffnet werden.

1.2 Auftrag und Vorgehen

Der Umstand, dass eine Finanzierung des Betriebes von Gesetzes wegen nicht vorgegeben ist, hat die Mitglieder des Teilprojektes Aufbau und Vernetzung⁴ bewogen eine Arbeitsgruppe „Finanzierungsmodelle für G/SG“ zu gründen. Der Auftrag besteht darin, gezielte Überlegungen zu Finanzierungsmodellen für G/SG anzustellen und den Akteuren geeignete Instrumente zum erfolgreichen Betrieb inkl. dessen Finanzierung an die Hand zu geben.

Auftrag an Arbeitsgruppe

„eHealth Suisse“ beauftragte KPMG am 23. Oktober 2015, die Arbeitsgruppe zu begleiten und einen Kurzbericht zu erstellen, welcher die Ergebnisse der Sitzungen vom 19. November 2015, 27. Januar 2016 und 26. April 2016 zusammenfasst. Dieser Kurzbericht soll zudem eine Checkliste mit den wichtigsten Fragen, die es für die Finanzierung des Betriebs einer G/SG zu bedenken gibt, beinhalten. Der vorliegende Kurzbericht soll in erster Linie eine Entscheidungshilfe aus der Optik einer G/SG für die Umsetzungsverantwortlichen in den Kantonen sein.

Auftrag an KPMG

Der Fokus richtet sich primär auf die Finanzierung des Betriebs (jährlich wiederkehrende Kosten) und nicht auf die Finanzierung des Aufbaus (Initialkosten) der G/SG. Dies vor dem Hintergrund, dass die Finanzierungsmechanismen zwischen Betrieb (Geschäftsmodell) und Aufbau (Finanzhilfen) unterschiedlichen Anforderungen unterliegen. Auch sollen keine gesundheitspolitischen Themen wie beispielsweise eine Anpassung der Tarife der ambulant tätigen GFP im Rahmen dieses Kurzberichtes behandelt werden. Eine entsprechende Diskussion muss zeitnah, aber an anderer Stelle diskutiert werden.

Anlässlich der 30. Sitzung des Teilprojektes Aufbau und Vernetzung vom 16. März 2016 in Bern wurden die Zwischenergebnisse präsentiert. Das vorliegende Dokument wurde am „Gurtentreffen“ vom 25. Mai 2016 vorgestellt und am 14. Juni 2016 durch das Teilprojekt Aufbau und Vernetzung verabschiedet sowie am 21. Juni 2016 durch das Projektleitungsgremium zur Kenntnis genommen.

2 Grundlegende Herausforderungen

Im EPDG finden sich keine Vorgaben zur Finanzierung von G/SG. Finanzhilfen sind lediglich für den Aufbau und die Zertifizierung von G/SG, jedoch nicht für deren Betrieb, vorgesehen. Obwohl keine Vorgaben zur Betriebsfinanzierung bestehen, sind die Möglichkeiten stark eingeschränkt. Denn für eine nachhaltige Finanzierung ist ein tragfähiges Geschäftsmodell erforderlich. Sofern eine Vollfinanzierung durch die öffentliche Hand (Service Public) nicht in Betracht kommt, besteht die grösste Herausforderung darin, ein erfolgsversprechendes, mehrwertgenerierendes Geschäftsmodell zu etablieren, welches mit dem EPDG sowie den relevanten kantonalen und weiteren Bundesgesetzen (AWV, HMG, HFG,

Tragfähiges Geschäftsmodell für nachhaltige Finanzierung

⁴ Vgl. <http://www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00146/00147/index.html?lang=de>.

TxG etc.)⁵ konform ist.⁶ Als mögliche Finanzierungsmodelle kommen insbesondere die öffentliche Hand, Mitgliederbeiträge und der Ausbau des Zugangsportals zu einem Gesundheitsportal in Frage. Eine Studie der Schweizerischen Post⁷ beziffert die schweizweit jährlichen Betriebskosten auf 40 Millionen Franken (vgl. Ziffer 4.1).

Ein entsprechender Ansatz auf Ebene G/SG liefern die Kalkulationen aus der Botschaft zum EPDG:

Aufgabe	Aufbau (einmalig; in Mio. CHF)	Betrieb (jährlich; in Mio. CHF)
Informatikinfrastruktur	1.25-2.50	0.25-0.50
Administration Gemeinschaft (2-4 Vollzeitstellen)	0.40-0.80	0.40-0.80
Technische Systemadministratoren (2-3 Vollzeitstellen)	0.40-0.60	0.40-0.60
Helpdesk für GFP und Patientinnen und Patienten (4-6 Vollzeitstellen)	-	0.80-1.20
Zertifizierung	0.10	0.02
Total	2.15-4.0	1.87-3.12
Durchschnittswert	3.075	2.495

Grobschätzungen Kosten Aufbau und Betrieb

Die Kostenaufstellung für den Aufbau und den Betrieb einer G/SG dient als Richtwert und basiert aus den Erkenntnissen der Regulierungsfolgenabschätzung des Bundes zum EPDG.⁸ Die Kosten für den Aufbau und den Betrieb einer G/SG sind u.a. abhängig von der Grösse einer G/SG und ob die Informatikinfrastruktur selber aufgebaut und betrieben oder extern eingekauft wird (SaaS/laaS-Modell) und muss im Einzelfall näher betrachtet werden. Deshalb handelt es sich lediglich um grobe Schätzungen. Es gilt zu betonen, dass der Übergang von Aufbau und Betrieb fließend ist und eine klare Trennung nicht immer möglich ist. Aus Sicht des Gesetzgebers ist die Aufbauphase mit der erfolgten Zertifizierung abgeschlossen. Anschliessend können keine Finanzhilfen mehr beantragt werden. An dieser Stelle ist zudem auch auf die Kosten-Nutzen-Problematik verwiesen, wobei die wohl grösste Umsetzungshürde diesbezüglich darin liegt, dass erstens das Potenzial des EPD erst auf lange Sicht zum Tragen kommt, während die Investitionen in Aufbau und Betrieb sofort anfallen, und dass zweitens der Nutzniesser nicht zwingend die Kosten trägt.

Die Einführung eines EPD ist ein komplexes Zusammenspiel von rechtlichen, organisatorischen und technischen Voraussetzungen. Vor diesem Hintergrund haben „eHealth Suisse“ und das BAG einen Einführungsplan erarbeitet, der die notwendigen Vorarbeiten und ihre gegenseitigen Abhängigkeiten abbildet.⁹ Der Einführungsplan, welcher in 14 Bereiche auf-

Einführungsplan EPD

⁵ Vgl. Verordnung über die Arzneimittelwerbung vom 01.07.2010 (AWV, 812.212.5); Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz), SR 812.21; Bundesgesetz vom 30. September 2011 über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG), SR 810.30; Bundesgesetz vom 8. Oktober 2004 über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz), SR 810.21.

⁶ Zur juristischen Einschätzung von Geschäftsmodellen im Zusammenhang mit dem EPDG-Zugangsportal siehe Anhang I.

⁷ Bericht Post vom 31. Juli 2015: „Kantonaler Handlungsbedarf in Bezug auf den Aufbau von Gemeinschaften“.

⁸ Vgl. BBl 2013 5321, S.5402 sowie Regulierungsfolgenabschätzung (RFA): Einsehbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/14162/index.html?lang=de>.

⁹ Vgl. Plan zur Einführung des elektronischen Patientendossiers, einsehbar unter: www.e-health-suisse.ch > Umsetzung > Elektronisches Patientendossier. Der Einführungsplan wird laufend aufgrund aktueller Ereignisse und Erkenntnisse aktualisiert.

geteilt ist, behandelt auch zeitliche Aspekte hinsichtlich der Beantragung von Finanzhilfen, welche wiederum einen Einfluss auf die Finanzierung des Betriebs haben.

2.1 Organisationsmodelle

Im Bericht von KPMG¹⁰ zu Handen von „eHealth Suisse“ wurden mögliche Organisations- und Finanzierungsmodelle aus rechtlicher und betriebswirtschaftlicher Sicht untersucht. Es konnten zwei Organisationsmodelle identifiziert werden. Ein „All-in-one“-Modell, bei dem die Einrichtungen von GFP selber eine G/SG gründen, oder das Modell „Duopol“, das eine externe Trägerschaft vorsieht, die mit den GFP der G/SG bspw. Leistungsaufträge vereinbaren. Im Gegensatz zum Modell „All-in-one“ erlaubt das Modell „Duopol“ aus organisatorischer Sicht den Einbezug weiterer Akteure über die Trägerschaft. In allen Modellen bestehen die G/SG nur aus GFP und deren Institutionen. Die Rollen des Finanzierers und des Betreibers der EPD-Infrastruktur können in beiden Modellen intern wahrgenommen oder an externe Partner übertragen werden. Beide Modelle erlauben Finanzhilfen vom Bund zu beantragen, sofern sich Kanton oder Dritte in der gleichen Höhe daran beteiligen. Die bestehenden kantonalen Referenzprojekte rund um das EPD bauen alle auf dem Modell „Duopol“ auf.¹¹ Die Wahl des Organisationsmodells muss bei der Beantwortung der Frage nach der Finanzierung der Betriebskosten einer G/SG ebenfalls in Betracht gezogen werden.

Zwei Modelle: „All-in-one“ und „Duopol“

2.2 Zahlungsbereitschaft

Die Zahlungsbereitschaft aller beteiligten Akteure, GFP und Patienten bzw. Bürger, ist wegen der eingangs erwähnten Kosten-Nutzen-Problematik zu Beginn eher gering. Mögliche Value Propositions (Nutzen- / Wertversprechen) an GFP bestehen u.a. aus dem Zugang zu medizinischen Basisdaten, der Sicherung von medizinischen Qualitätsaspekten sowie einer Kostensenkung durch eine Steigerung der Arbeitseffizienz. Die Bedürfnisse und Erwartungen sind jedoch nicht für alle Beteiligten gleich. Nur ein differenziertes Leistungsportfolio wird das jeweilige Kundensegment motivieren. Wegen der doppelten Freiwilligkeit¹² hängt der erfolgreiche Einbezug der Patienten bzw. Bürger von seiner Motivation zur Eröffnung und Pflege eines EPD ab, die im Bereich des persönlichen, lebenslangen Gesundheitsmanagements und der Verfügbarkeit der Daten im Notfall liegen dürfte. Deshalb muss die G/SG bzw. Trägerschaft die spezifischen Nutzen- bzw. Wertversprechen erkennen und Lösungen anbieten. Auch wird die Aufklärung und Kommunikation essentiell sein um das Verhalten bspw. der Patienten zu verändern. Das Beispiel MeinImp-

Differenziertes Leistungsportfolio pro Kundensegment

¹⁰ Bericht KPMG vom 19. Dezember 2014: „Mögliche Organisations- und Finanzierungsmodelle von Gemeinschaften und Stammgemeinschaften“: Einsehbar unter: <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2015/03/ch-pub-20150320-ehealth-suisse-de.pdf>.

¹¹ Detaillierte Informationen zur Umsetzung der einzelnen „eHealth-Projekte“ sind unter www.e-health-suisse.ch/umsetzung zu finden.

¹² Das Führen eines EPD ist für die Patienten freiwillig. Bei den GFP und deren Institutionen sind die Spitäler und Geburtshäuser sowie Pflegeheime (Leistungserbringer nach den Artikeln 39 und 49a Absatz 4 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung) vom Grundsatz der Freiwilligkeit ausgenommen und müssen nach 3 bzw. 5 Jahren sich einer zertifizierten G/SG anschliessen oder eine gründen.

fungen.ch¹³ zeigt, dass auch bei den Patienten eine Zahlungsbereitschaft vorhanden ist. Diese Zahlungsbereitschaft hängt jedoch von den zu erwartenden Leistungen (Mehrwerte) ab. Insofern kann ohne genaue Definition des Leistungsangebotes keine pauschale Aussage zur Zahlungsbereitschaft einzelner Kundensegmente getroffen werden. Eine Kostenbeteiligung von Seiten der Patienten ist aber rechtlich möglich.

Der Swiss eHealth Barometer 2016¹⁴ zeigt, dass ein Drittel der befragten Stimmberechtigten, die sich die Nutzung eines Patientendossiers vorstellen können, auch bereit wären einen gewissen Beitrag für eine solche Dienstleistung zu bezahlen. Wie die Autoren der Studie weiter präzisieren, sei die Zahlungsbereitschaft dabei primär vom bereits bestehenden Umgang mit dem Internet respektive der Vertrautheit mit Gesundheitsfragen im Internet abhängig. Bei den bereits heute aktiven Nutzern von Gesundheitsportalen sei die Zahlungsbereitschaft in der West- und der Deutschschweiz rund dreimal so hoch wie im Tessin.¹⁵ Bezüglich den Anforderungen an Funktionen des EPD wünschen sich 68% der Befragten ein werbefreies Portal.¹⁶

Zahlungsbereitschaft
gemäss Swiss eHealth
Barometer 2016

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass zu Beginn die meisten Akteure keinen Anreiz haben, sich an der Finanzierung der Betriebskosten zu beteiligen. Demzufolge rückt die finanzielle Unterstützung des Kantons und der stationären Einrichtungen nach Art. 39 und 49a Abs. 4 KVG im Sinne einer Starthilfe für den Betrieb in den Fokus. Die finanzielle Hauptlast wird anfangs bei diesen beiden Akteuren liegen (aktuell bekannte Ausnahmen: Kanton Zürich und Kanton Graubünden). Der Kanton hat ein Interesse an einer zeitnahen Einführung des EPD, zumal er für die Planung und Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung verantwortlich ist. Die stationären Einrichtungen sind gesetzlich zur Einführung des EPD verpflichtet. Der Kanton und die stationären Leistungserbringer werden sich voraussichtlich schrittweise als „alleinige Financier“ zurückziehen bzw. ihren Finanzierungsanteil reduzieren. Teilweise können die Betriebskosten auch durch Mitgliederbeiträge von weiteren Akteuren in der G/SG (Apotheken, Spitexorganisationen, Hausärzte etc.) gedeckt werden. Die Zahlungsbereitschaft von GFP und deren Einrichtungen für eine Mitgliedschaft steigt mit der Zahl der Mitglieder. Die Einweiser sind aufgrund des negativen Nettonutzens¹⁷ durch die EPD-Einführung separat zu betrachten. Durch zusätzliche Anreizstrukturen und Dienstleistungen können die Hausärzte und Gemeinschaftspraxen für die G/SG gewonnen werden. Ist zu Beginn die Akquise von Einweisern von zentraler Bedeutung, könnten sie zu einem späteren Zeitpunkt auch in die Finanzierung eingebunden werden. Sobald die Patienten für den Nutzen des EPD sensibilisiert sind und zusätzliche Dienstleistungen beispielsweise auf dem Gesundheitsportal angeboten werden, kann ein Teil der Kosten auf die Patienten und weitere Nutzniesser (z.B. Krankenversicherer,

Finanzielle Hauptlast
anfangs bei Kanton
und stationären Ein-
richtungen

¹³ Eröffnung und Übertragung der Impfdaten (10 Franken) inkl. Validierung (29 Franken). Detaillierte Informationen sind unter <http://www.coop.ch/pb/site/medien/node/81131451/Lde/index.html> zu finden.

¹⁴ Siehe dazu die Studienergebnisse, einsehbar unter: <http://www.infosocietydays.ch/de/eHealth/Brometer>.

¹⁵ Vgl. Studienergebnisse «Öffentliche Meinung eHealth 2016», S. 10 sowie 43ff., einsehbar unter: <http://www.infosocietydays.ch/de/eHealth/Brometer>.

¹⁶ Vgl. Studienergebnisse «Öffentliche Meinung eHealth 2016», S. 41, einsehbar unter: <http://www.infosocietydays.ch/de/eHealth/Brometer>.

¹⁷ Vgl. hierzu die Regulierungsfolgenabschätzung (RFA), S. 15 und 28: Einsehbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/15887/index.html?lang=de>

Pharmaunternehmen, Stiftungen) überwältigt werden.¹⁸

2.3 Rolle der öffentlichen Hand

Der Hauptnutzen eines EPD trägt primär der Patient was aus makroökonomischer Sicht eine Rolle der öffentlichen Hand, als Vertreter der Bürger, rechtfertigt.

Drei mögliche Finanzierungsansätze

Die EPDG-Umsetzung in den Kantonen ist äusserst heterogen ausgeprägt. Während die einen Kantone proaktiv die notwendigen Strukturen für die gesetzlichen Anforderungen schaffen, verhalten sich andere eher reaktiv. Seit Verabschiedung des EPDG bewegen sich jedoch auch die passiven Kantone, indem bspw. Informationsveranstaltungen oder Round Tables mit den Verbänden und Leistungserbringern aus ihrer Region organisiert sowie gesetzliche Abklärungen vorgenommen werden.

Wie eingangs erwähnt, soll die Aufzählung der relevanten Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Betrieb von G/SG zu einem einheitlichen Verständnis führen und eine Entscheidungshilfe für die Umsetzungsverantwortlichen in den Kantonen bilden. Ziel dabei ist, dass die Kantone zum Schluss kommen, ob die EPDG-Umsetzung eine Service Public Aufgabe ist oder nicht. Da aktuell eine der zentralsten Herausforderung in der Ausgestaltung einer nachhaltigen Finanzierung des Betriebes von G/SG liegt, hat die Arbeitsgruppe festgelegt, dass der Fokus ihrer Arbeiten auf folgenden Finanzierungsansätzen basiert:



Diese Darstellung zeigt, dass die Rolle der öffentlichen Hand bzw. der Kantone im engeren Sinne nicht komplett ausgeschlossen werden kann. Die Botschaft zum EPDG hält dazu folgendes fest: „Da die Kantone für die Sicherstellung und damit die Organisation der Gesundheitsversorgung zuständig sind, fällt es auch in ihre Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung die Voraussetzungen zu schaffen, dass sich stationäre Einrichtungen (Listen- und Vertragsspitäler, Rehabilitationskliniken, Pflegeheime sowie Geburtshäuser), aber auch selbstständig tätige GFP, insbesondere Ärztinnen und Ärzte, zu Gemeinschaften oder Stammgemeinschaften zusammenschliessen und sich zertifizieren lassen. Wie sie dabei vorgehen wollen, steht ihnen frei.“¹⁹

Kernziel der Arbeitsgruppe ist daher, für die möglichen Finanzierungsansätze die relevanten Fragen aufzuzeigen und frühzeitig mögliche Umset-

¹⁸ Siehe dazu Bericht KPMG vom 19. Dezember 2014: „Mögliche Organisations- und Finanzierungsmodelle von Gemeinschaften und Stammgemeinschaften“ (Teil I und III), einsehbar unter: <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2015/03/ch-pub-20150320-ehealth-suisse-de.pdf>.

¹⁹ BBl 2013 5321, S. 5403, einsehbar unter:

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=de>.

zungshürden zu identifizieren. Hierbei wird vorausgeschickt, dass zu Beginn eine Anschubfinanzierung der öffentlichen Hand für den Aufbau von G/SG als zwingend erachtet und dann davon ausgegangen wird, dass der Betrieb durch andere Finanzierungsquellen sichergestellt werden kann.

Nachfolgend werden die Finanzierungsansätze (Service Public, Service Public mit Finanzierung Dritter sowie kaum Service Public) jeweils anhand eines konkreten Beispiels näher dargelegt²⁰. Die Auswahl der Beispiele unter den aktiven Kantonen (im obigen Sinne) erfolgt nach dem Zufallsprinzip und soll kennzeichnende Chancen und Risiken transparent darstellen (vgl. Ziffer 2.3.4).

2.3.1 Service Public – Kanton Waadt

Seit 2012 hat der Kanton Waadt eine eHealth-Strategie. Diese beabsichtigt eine bessere Versorgung der Patienten, indem der Informationsaustausch zwischen allen Leistungserbringern verbessert wird. Die eHealth-Strategie ist ein wichtiger Bestandteil der gesundheitspolitischen Agenda und gibt den übergeordneten konzeptionellen Rahmen für die verschiedenen eHealth-Anwendungen wie bspw. das EPD vor und wird als zentrales Instrument im Rahmen der Integrierten Versorgung positioniert. Ziele der eHealth-Strategie sind insbesondere:

- Strategiekonforme Pilotprojekte für die Kommunikation, den Lernprozess sowie den Einbezug von Partnern einsetzen;
- Teile der Infrastruktur aufbauen;
- Plattformen im Aufbau evaluieren;
- Empfehlungen (technische und fachliche) der nationalen Strategie berücksichtigen.

Im Kanton Waadt findet u.a. ein Pilotprojekt mit dem Ziel statt, den Austausch von Daten im Fall eines Übertritts des Patienten von einer Einrichtung im Gesundheitswesen in eine andere in elektronische Form zu überführen. Der Kanton hat die Pilotphase finanziert. Der in die Vernehmlassung geschickte Gesetzesentwurf über die Koordinierung der Versorgung (Projet de décret sur le développement de processus et d'outils favorisant la continuité et la coordination des soins) wird vom Kantonsrat Ende März 2016 und voraussichtlich Ende Juni 2016 durch das Parlament beraten.²¹

Mit diesem Gesetz soll unter anderem die Umsetzung des im Jahr 2015 verabschiedeten Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) ermöglicht werden. Zur genauen Rolle des Kantons kann zum jetzigen Zeitpunkt keine abschliessende Aussage gemacht werden. Sicher ist, dass der Kanton weiterhin eine zentrale Rolle im Bereich der Integrierten Versorgung spielen wird.

Frau Dr. Stéfanie Monod, Chefin des Bereichs öffentliche Gesundheit beim Kanton Waadt, stellt fest, dass die Verbesserung der Versorgungsqualität und insbesondere die Kontinuität der Versorgung eine grosse Herausforderung darstellt. Sie verlangt eine schrittweise Rollenangleichung der Akteure im Gesundheitswesen. Um dies zu erreichen, muss die Gesundheitsdirektion weiterhin die zentralen strukturellen Elemente be-

²⁰ Für weitere kantonale Beispiele siehe <http://www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00135/00149/index.html?lang=de>.

²¹ Für weitere Informationen siehe: <http://www.vd.ch/index.php?id=37765>.

stimmen und umsetzen.²²

Bis anhin finanzierte der Kanton die eHealth-Projekte. Wie die Finanzierung in Zukunft aussehen wird, ist Gegenstand laufender Abklärungen. Zum jetzigen Zeitpunkt können hierzu keine konkreten Aussagen gemacht werden (Stand: 20. Januar 2016).

2.3.2 Service Public mit Finanzierung Dritter – Kanton Wallis

Als Teil der kantonalen Gesundheitsstrategie verfolgt der Kanton Wallis die Entwicklung einer Gesundheitsinformations- und Austauschplattform. Die Umsetzung dieser Plattform für den elektronischen Austausch von medizinischen Daten gemäss eHealth Schweiz erfolgt in drei Phasen:

- Implementierung eines einheitlichen elektronischen Patientendossiers für das Spital Wallis (Projekt Infoval 2005);
- Ausweitung auf den sozialmedizinischen Bereich (Alters- und Pflegeheime APH sowie sozialmedizinische Zentren SMZ);
- Einbindung der ambulanten Versorgung (Projekt Infomed).

Das im Jahre 2013 lancierte Projekt Infomed bietet eine geschützte Plattform an und ermöglicht allen Walliser Ärzten, mit dem Einverständnis des Patienten, auf ein geteiltes Patientendossier zuzugreifen, in dem sich die zur Behandlung des Patienten nützlichen Dokumente befinden. Der Kanton nahm von Beginn an eine zentrale Rolle ein. Die Verantwortung für das Infomed-Projekt obliegt einem Pilotkomitee zusammengesetzt aus Vertretern des Walliser Ärzteverbandes, des Apotheker-Vereins, eines unabhängigen Experten sowie eines Vertreters des Walliser Gesundheitsobservatoriums. Infomed wird vollumfänglich durch den Kanton finanziert und das Pilotkomitee wird vom Leiter Dienststelle für Gesundheitswesen präsidiert.²³

Zurzeit findet die Vernehmlassung zur Gründung der Infomed Wallis AG statt, welche das Patientendossier betreiben wird. Bezüglich der Finanzierung des Betriebes der Stammgemeinschaft Wallis ist folgendes vorgesehen (Stand: 20. Januar 2016)²⁴:

Anteile an der Stammgemeinschaft

Es wird vorgeschlagen, dass der Kanton Wallis (Etat du Valais) einen Anteil von 70% des Gesamtkapitals (CHF 140'000) besitzen wird. Das restliche Kapital soll unter den Partnern entsprechend ihrer finanziellen Möglichkeiten und dem Nutzen ihrer Partizipation an der Plattform gemäss folgender Abbildung abgeleitet werden:

Etat du Valais	Hôpital du Valais	Hôpital Riviera Chablais	Société médicale du Valais	Pharmavalais	Groupe ment valaisan des CMS	Association valaisanne des EMS	Capital total
CHF 140'000	CHF 30'000	CHF 7'000	CHF 10'000	CHF 5'000	CHF 5'000	CHF 3'000	CHF 200'000

Mögliche Finanzierungsanteile der Partner

²² Vgl. Dr. S. Monod: „Mehr Koordination – mehr Qualität“. fmc-Impulse. Ausgabe 2015/06, einsehbar unter: <http://fmc.ch/de/fmc-impulse/online-fachmagazin-fmc-impulse/>.

²³ Vgl. „Allgemeine Informationen und Ziele zum geteilten Patientendossier“, einsehbar unter: <https://www.infomed-vs.ch/portal/de/informationen/allgemeine-informationen-und-ziele,397,333.html>.

²⁴ Die Daten wurden vom Pilotkomitee zur Verfügung gestellt. An dieser Stelle gilt es hervorzuheben, dass es sich um einen Vorschlag handelt, welcher noch nicht verabschiedet worden sind.

Betriebskosten der Stammgemeinschaft

Es wird vorgeschlagen, dass der Kanton Wallis 80% der Betriebskosten der Stammgemeinschaft übernehmen wird und der Saldo unter den Partnern wiederum entsprechend ihrer finanziellen Möglichkeiten und dem Nutzen ihrer Partizipation an der Plattform gemäss folgender Abbildung abgeleitet werden:

Etat du Valais	Hôpital du Valais	Hôpital Riviera Chablais	Société médicale du Valais	Pharmavalais	Groupement valaisan des CMS	Association valaisanne des EMS
80%	10%	3%	2%	2%	1%	2%

Gemäss einer Medienmitteilung vom Juni 2016 wird das aktuelle System nicht mehr weiterentwickelt, sondern ein gemeinsames System mit anderen Westschweizer Kantonen angestrebt. Allfällige Auswirkungen auf die Finanzierungen wurden bisher nicht kommuniziert ²⁵.

2.3.3 Kaum Service Public – Kanton Zürich

Der Zürcher Regierungsrat hat seine politischen Richtlinien für die neue Legislaturperiode 2015–2019 unter die Maxime „Innovationskraft fördern und Wachstum gesellschaftsverträglich steuern“ gestellt.²⁶ Das EPD soll einen Beitrag zur Erreichung der Zielsetzungen im Bereich Gesundheit leisten. Weitere Ziele der Gesundheitsdirektion Zürich: Optimierung von Qualität und Prozessen in der Gesundheitsversorgung, Eindämmung der Gesundheitskosten sowie Information und Befähigung der Zürcher Bevölkerung Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen.

Der Kanton versteht eHealth nicht als Service Public und sieht sich lediglich als „Geburtshelfer“. Die Verantwortung und Finanzierung muss bei den Hauptakteuren liegen. Denn die Leistungserbringer generieren und verwenden Gesundheitsdaten, haben die Hoheit über die Informatiksysteme, in denen die Daten gelagert sind und ziehen schliesslich einen Nutzen durch die Vereinfachung gemeinsamer Behandlungs- und Verwaltungsprozesse unter den Leistungserbringern.²⁷

Der Verein Trägerschaft Zürich Affinity Domain (ZAD) ist ein Zusammenschluss der Leistungserbringer-Verbände²⁸ im Kanton Zürich mit dem Ziel eine Stammgemeinschaft für die Einführung des EPD aufzubauen. Die kantonsweite Stammgemeinschaft soll den Bürgern und Patienten ein einheitliches Zugriffportal und den Leistungserbringern Investitionsschutz und einen effizienten Betrieb ermöglichen. Die Gesundheitsdirektion engagiert sich im Trägerverein mit eigenen personellen Ressourcen, indem sie das Präsidium und die Geschäftsstelle stellt; gleichzeitig nimmt sie auch die Vertretung der Interessen der Einwohner und Patienten im Kan-

²⁵ Vgl. „Elektronisches Patientendossier auf Eis gelegt“, einsehbar unter: <http://www.1815.ch/news/wallis/aktuell/elektronisches-patientendossier-auf-eis-gelegt/>

²⁶ Vgl. „Richtlinien der Regierungspolitik 2015–2019“, einsehbar unter: <http://www.rr.zh.ch/internet/regierungsrat/de/themen/legislatur/2015-2019.html>.

²⁷ Vgl. Referat von Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger: Der Kanton Zürich und die Zürich Affinity Domain (ZAD) als Stammgemeinschaft. VZK-Tagung Gesundheitsversorgung vom 12. November 2015.

²⁸ Apothekerverband Kanton Zürich (AVKZ), Ärztesgesellschaft Kanton Zürich (AGZ), Association Spitex Privée Suisse, Curaviva Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Spitex Verband Kanton Zürich, Spitex Zürich Limmat AG und Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK). Für weitere Informationen siehe: <http://www.verreizad.ch/>.

ton wahr. Die Gesundheitsdirektion hat die Kosten für externe Unterstützung bei der Erarbeitung der Strategie und des Ausschreibungspflichtenhefts in Höhe von 180'000 Franken übernommen, 15'000 Franken für die rechtliche Begleitung der Ausschreibung, 30'000 Franken für Unterstützung beim Vertragswerk. Zudem hat die Gesundheitsdirektion in den letzten zwei bis drei Jahren durchschnittlich 50 Prozent einer Arbeitsstelle zur Verfügung gestellt. Die ZAD wird dabei mit einem Staatsbeitrag als Starthilfe von 3.75 Millionen Franken aus der laufenden Rechnung unterstützt. Eine zuvor beantragte Unterstützung aus dem Lotteriefonds wurde vom Kantonsparlament abgelehnt, da die Gemeinnützigkeit angezweifelt wurde. Die Starthilfe sieht u.a. Mittel vor, um Anreize für Leistungserbringer zu schaffen, sich früh an das System anzuschliessen und dass gleichzeitig die öffentliche Hand nur für „die zwingend notwendige Anschubfinanzierung in der Aufbau- und Einführungsphase in Anspruch genommen wird“.

Der ZAD soll die SG gemeinsam mit der Swisscom Health AG aufbauen und über nutzenbringende Mehrwertdienste selbsttragend betreiben.²⁹ Basierend auf den Vorberechnungen des Bundesrates rechnet der Regierungsrat mit jährlichen Betriebskosten von ca. 2.5 Millionen Franken.³⁰

An dieser Stelle gilt zu betonen, dass die Finanzierung mittels Lotteriefonds für weitere Kantone nicht zwingend umsetzbar sein wird, da es vorgängig einer rechtlich abschliessenden Abklärung bedarf.

2.3.4 Beurteilungsraster für Finanzierungsansätze

Die drei kantonalen Finanzierungsansätze unterscheiden sich primär in der Rolle der öffentlichen Hand, sprich des jeweiligen Kantons bzw. der jeweiligen Kantone und müssen im Einzelfall beurteilt werden. Hierzu kann nachfolgende Beurteilungsmatrix hinzugezogen und ergänzt werden:

Unterschiedliche Rolle der öffentlichen Hand in den Kantonen

Beurteilung der Finanzierungsansätze			
Kriterien	Service Public	Service Public mit Finanzierung Dritter	Kaum Service Public
Umsetzungsrisiko aufgrund fehlendem Kapital
Ausmass der unternehmerischen Anreize
Wahrscheinlichkeit eines selbsttragenden Betriebs einer G/SG
Regionale Überschneidungen von Leistungen verschiedener G/SG
Wahrscheinlichkeit nicht abgedeckter Versorgungsregionen
Wettbewerb zwischen den

²⁹ Vgl. „Regierungsrat unterstützt Einführung des elektronischen Patientendossiers“, einsehbar unter: http://www.fd.zh.ch/internet/finanzdirektion/de/aktuell.newsextern.-internet-de-aktuell-news-medienmitteilungen-2016-elektronisches_patientendossier.html.

³⁰ Vgl. Interview Regierungsrat Heiniger (10.09.2015), einsehbar unter: <http://www.netzwoche.ch/de-CH/News/2015/09/09/IT-for-Health-Live-Thomas-Heiniger-Gesundheitsdirektor-Kanton-Zuerich.aspx?pa=2>.

G/SG			
Synergieeffekte zwischen den G/SG
Zeitfaktor
...

2.4 Gesundheitspolitische Anforderungen

Aus den drei Finanzierungsansätzen der Kantone Waadt, Wallis und Zürich lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die kantonalen Rollenverständnisse in Bezug auf das EPDG stark divergieren. Während der Kanton Waadt den Betrieb des EPDG bis anhin unmissverständlich als eine Service Public Aufgabe versteht und auslegt, hält der Kanton Zürich ebenso eindeutig fest, dass es andere Finanzierungsmodelle als die öffentlich-rechtlichen brauche, um eine G/SG zu betreiben. Dies verdeutlicht, dass ein Finanzierungsmodell nicht unabhängig von kantonalen Gegebenheiten, Erwartungshaltungen und Rollenverständnissen definiert werden kann. Entsprechend existiert auch keine One-fits-all Lösung. Trotzdem bestehen übergeordnete gesundheitspolitische Anforderungen, die nachfolgend aufgezeigt werden.

Keine einheitlichen Finanzierungsmodelle für alle Kantone

Aus gesundheitspolitischer Sicht soll ein entsprechendes Finanzierungsmodell für G/SG generell drei Anforderungen erfüllen:



Es gilt hierbei anzumerken, dass diese drei Anforderungen nicht im Detail ausgearbeitet wurden, sondern eher als Orientierungshilfen zu verstehen sind.

3 Checkliste

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass die Finanzierung der Betriebskosten von G/SG nicht im EPDG geregelt ist und die Finanzhilfen des Bundes lediglich für den Aufbau von G/SG vorgesehen sind. Darüber hinaus manifestieren sich in den Kantonen unterschiedliche Verständnisse zur Rolle der öffentlichen Hand und es existieren gesundheitspolitische Anforderungen an G/SG. Basierend auf dieser Ausgangslage wird es für die Umsetzungsverantwortlichen des EPDG in den Kantonen zur grossen Herausforderung geeignete Finanzierungsmodelle zu ermitteln und zu etablieren.

Finanzierung der Betriebskosten von G/SG im EPDG nicht geregelt

Aus diesem Grund erarbeitete die Arbeitsgruppe eine Checkliste mit zentralen Fragen, die es für die Finanzierung des Betriebs einer G/SG zu bedenken gibt.

Um als Kanton ein wettbewerbsfähiges und nachhaltiges EPDG-

Kanton braucht visionäre

Finanzierungsmodell zu entwickeln, brauchen die Umsetzungsverantwortlichen zunächst eine visionäre Vorstellung, wie und in welcher Form das EPDG umgesetzt werden soll und welcher Nutzen primär angestrebt wird. Es ist davon auszugehen, dass das kantonale Verständnis der öffentlichen Hand für die Finanzierungsmodelle wegweisend sein dürfte. Anschliessend gilt es eHealth und das EPDG als Teil der Versorgungspolitik zu betrachten und in allenfalls bestehende Strategien zu integrieren, um eine möglichst hohe Qualität und Effizienz des ganzen Versorgungssystems zu erreichen.

Vorstellung zur Umsetzung des EPDG

Daraus abzuleiten ist sodann eine gezielte Strategie, woraus letztendlich ein individuelles Finanzierungsmodell entspringen kann.



Als Kernergebnis der Arbeitsgruppe wird nachfolgend eine Checkliste, unterteilt in die Module Vision, Strategie und Finanzierungsmodell, dargestellt, um die relevanten Fragen bezüglich der Betriebsfinanzierung von G/SG der Kantonsverantwortlichen zu beantworten und mögliche Umsetzungshürden frühzeitig zu identifizieren.

3.1 Vision

Die Vision ist eine Vorstellung über das Zukunftsbild. Sie enthält Leitideen, wie dieses Zukunftsbild zielgerichtet realisiert werden kann und zeigt dadurch den Sinn sowie den Nutzen des eigenen Handelns auf.

Im EPDG-Kontext besteht das primäre Ziel der Kantone somit darin, durch die Beantwortung folgender Fragen eine erste Zielrichtung aus versorgungsregionaler Sicht festzulegen und dadurch den notwendigen Umsetzungstätigkeiten den entsprechenden Sinn zu vermitteln und die Arbeiten aufzunehmen.

Modul Vision	Bemerkungen/Hinweise
Nutzenstiftung	
- Welcher gesellschaftliche Nutzen für die kantonale/lokale Bevölkerung soll aus den EPD-Leistungen entstehen?	-
- Welche Rolle spielt der wirtschaftliche Nutzen für die kantonale/lokale Gesundheitsversorgung?	-
- Inwiefern soll die Qualität der Behandlungsprozesse verbessert, die Patientensicherheit erhöht und die Effizienz des (lokalen) Gesundheitssystems gesteigert werden?	- Vgl. Zweckartikel; EPDG Art. 1 Abs. 3
Integrierte Versorgung	
- Wird das EPDG als isoliertes Thema betrachtet oder ist es Bestandteil bestehender Visionen (bzw. Strategien)?	-
- Soll die Umsetzung des EPDG die kantonale/regionale Integrierte Versorgung stärken oder lediglich die gesetzlichen Anforderungen erfüllen?	-

Checkliste Vision

- Inwieweit ist die Thematik eHealth bzw. EPDG im gesundheitspolitischen Kontext bzw. der kantonalen Versorgungspolitik bereits integriert?	-
Rolle der öffentlichen Hand	
- Welche Rolle will der Kanton bzw. das Gesundheitsdepartement bei der Umsetzung des EPDG einnehmen?	- Vgl. Ziffer 2.3: Rolle der öffentlichen Hand: <ul style="list-style-type: none"> o Service Public o Services Public mit Finanzierung Dritter o Kaum Service Public
- Welche Rolle will der Kanton bzw. die kantonale Gesundheitsbehörde bei der Stärkung der Integrierten Versorgung wahrnehmen?	-
- Will sich der Kanton organisatorisch oder finanziell an ausserkantonalen G/SG beteiligen und welche rechtlichen Rahmenbedingungen gelten dabei?	- Es steht den Kantonen frei, sich am Aufbau und Betrieb einer ausserkantonalen G/SG zu beteiligen.
- Inwiefern soll das EPDG zur Weiterentwicklung des kantonalen/regionalen Gesundheitsversorgungssystems einen Beitrag leisten?	- Nach geltender Kompetenz- und Aufgabenverteilung im Gesundheitsbereich sind die Kantone für die Sicherstellung und damit die Organisation der Gesundheitsversorgung zuständig.

3.2 Strategie

Eine Strategie entsteht aus der Konkretisierung der Vision. Dabei werden strategische Ziele festgelegt, welche in Form von Absichten die Rahmenbedingungen für das eigene Handeln vorgeben sollen. Diese Rahmenbedingungen beantworten Fragen auf Basis strategischer Ziele. Die Strategie sollte, falls vorhanden, Teil einer übergeordneten Digitalisierungsstrategie sein.

Es gilt zu bedenken, dass grundsätzlich keine Finanzhilfe gesprochen wird, wenn eine positive Stellungnahme durch den jeweiligen Kanton fehlt³¹. Bei nationalen SG muss eine positive Stellungnahme durch die GDK vorliegen.

Modul Strategie	Bemerkungen/Hinweise
Bestehende Strategien	
- Liegt eine kantonale Strategie im Bereich der Integrierten Versorgung oder eHealth vor, welche das EPDG als Input berücksichtigt?	- Ansätze der Strategieentwicklung: <ul style="list-style-type: none"> o Umweltanalyse o Umfeldanalyse o SWOT-Analyse o Strategische Handlungsfelder o Kritische Erfolgspositionen o etc.
- Decken sich die allenfalls bestehenden Strategien (z.B. eHealth, Digitalisierung, eGov) oder deren Ansätze mit der Vision des Kantons?	-
- Sind die allenfalls bestehenden Strategien oder deren Ansätze mit der aktuellen Rechtslage vereinbar?	-

Checkliste Strategie

³¹ Der Entwurf der EPDFV sieht als „ultima ratio“ vor, dass das BAG Gesuche unabhängig der Stellungnahme des Kantons abweisen oder zustimmen.

- Müssen die allenfalls bestehenden Strategien oder deren Ansätze aktualisiert/ergänzt und mit der Vision abgeglichen werden?	-
Relevante Treiber und Anreize	
- Welche Anspruchsgruppen reagieren wie auf welche Treiber und Anreize?	-
- Welche Markt- und Branchenkräfte unterstützen/verhindern den erfolgreichen Betrieb einer G/SG?	- EPDG-Markt- und Branchenkräfte: <ul style="list-style-type: none"> o Anforderungen der Anspruchsgruppen o Wechselkosten (Kosten für Wechsel zu anderer G/SG) der Kundensegmente o Umsatzattraktivität/Rentabilität der Leistungen o Anzahl/Stärke der Wettbewerber (andere G/SG) o Ersatzprodukte/-dienstleistungen eines EPD o etc.
- Welche Schlüsselrends unterstützen/verhindern den erfolgreichen Betrieb einer G/SG?	- EPDG-Schlüsselrends: <ul style="list-style-type: none"> o Technologie (z.B. Health tracking) o Gesetze (z.B. Tarifrevisionen) o Gesellschaft (z.B. Gesundheitsbewusstsein, Datensensibilität) o Sozioökonomie (z.B. Demografie) o etc.
- Welche kundensegmentspezifischen Anreize motivieren möglichst viele GFP, Patienten und Dritte die Leistungen der G/SG zu nutzen bzw. eigene Leistungen für die G/SG zu erbringen?	- Ohne kundensegmentspezifische Anreize kann eine G/SG nicht wachsen, was zu höheren Kosten pro Mitglied/Kunde führt.
- Welche Sanktionen für verpflichtete GFP, die nach Ablauf der Übergangsfrist die EPDG-Vorgaben nicht umgesetzt haben, sind vorzusehen/möglich?	- Streichung stationärer Leistungserbringer von der Spitalliste.
- Welche Rollen spielen regionale Aspekte und werden diese entsprechend berücksichtigt?	- Regionale Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> o Geografie o Topografie o Sprache o Patientenbewegungen o etc.
Rolle des Kantons	

- Will der Kanton die Umsetzung des EPDG durch die Gründung einer Trägerschaft forcieren?	- Die Trägerschaft erlaubt aus organisatorischer Sicht den aktiven Einbezug weiterer Akteure, wobei die G/SG nach wie vor nur aus GFP besteht. Dank der Trennung zwischen G/SG und Trägerschaft können sich Kantone oder Dritte als Teil der Trägerschaft nicht nur finanziell sondern auch organisatorisch beim Aufbau und beim Betrieb des EPD beteiligen. Als Träger können neben Kantonen auch Verbände, zum Beispiel als mögliche Vertreter von GFP, private Betreiber (z.B. Plattformprovider) und Public-Private-Partnerships (PPP) auftreten.
- Welche GFP, deren Einrichtungen oder Dritte sollen bei einer Gründung einer G/SG miteinbezogen werden und wie sieht die zukünftige Zusammenarbeit aus?	-
- Hält sich das Tätigkeitsgebiet der G/SG an die Kantongrenzen oder an die Grenzen der Versorgungsregion?	- Die Spitalliste hält sich nicht an Kantongrenzen, die Spitalfinanzierung allerdings schon. Daher ist zu untersuchen, wie sich eine G/SG entwickelt und anschliessend nach konkreten Ertragsmechanismen suchen bei denen Geld fließt. - Kantonsübergreifende schweizweite G/SG können in der kantonalen Gesetzgebung durch die betroffenen Kantone berücksichtigt werden und sind im Einzelfall zu klären.
- Soll der Kanton ein innerkantonales Koordinationsorgan aufbauen und welche Aufgaben soll dieses übernehmen?	- Die GDK fordert die Kantone auf, die Koordination der innerkantonalen Aktivitäten zur Realisierung des EPD zu übernehmen
Aufgaben und Organisation einer G/SG	
- Deckt die Strategie die zentralen Aufgaben in Zusammenhang mit einer G/SG nach EPDG ab?	- Die definitiven Aufgaben einer G/SG sind noch ausstehend - Weder das EPDG noch dessen Ausführungsrecht enthalten verpflichtende Aufgaben für die Kantone
- Welche Organisationsmodelle für eine G/SG und/oder allenfalls eine Trägerschaft sind denkbar und welche eignen sich am besten?	- Organisationsmodelle: o All-in-one o Duopol - Eine G/SG muss in jedem Fall als Organisationsform wahrgenommen werden, die wichtige Aufgaben übernehmen muss
- Sollen gewisse Aufgaben an Dritte delegiert werden und wie werden die Verträge mit Dritten ausgestaltet?	- Make-or-Buy Entscheide: o Transaktionskosten einzelner Leistungen o Kernkompetenzen o Strategische Partnerschaften o etc. - Es sind privatrechtliche Verträge vorzusehen, in denen die Wertflüsse eindeutig geregelt werden.
- Baut die G/SG die IT-Infrastruktur selber auf oder wird ein Betreiber eingebunden?	-

- Welcher Betreiber eignet sich am besten als Partner und wie soll die Geschäftsbeziehung ausgestaltet werden?	- Leistungen eHealth Suisse <ul style="list-style-type: none"> o Beratungsangebote (z.B. Pflichtenheft für Betreiber) o Rechtliche Abklärungen (z.B. wer kann sich an ausserkantonalen G/SG anschliessen und welche rechtlichen Grundlagen gelten)
- Erfüllt die gewählte Organisationsform die Voraussetzungen für eine Steuer- / Mehrwertsteuerbefreiung?	-
Zertifizierung	
- Erfüllen die Normen, Standards und Integrationsprofile der G/SG die Zertifizierungsanforderungen? Können schon jetzt Aussagen hinsichtlich den Zertifizierungsbereichen Organisation, Recht, Prozesse und IT/Software gemacht werden?	- Die definitiven Zertifizierungsanforderungen sind erst im Ende 2016 bekannt. Jedoch sind heute schon Vorgaben bekannt, die bei einer Anschaffung berücksichtigt werden sollten.
Zeithorizont	
- In welchem Zeithorizont soll die EPDG-Strategie umgesetzt werden? Ist die Umsetzung kompatibel mit den voraussichtlichen Fristen für stationäre Leistungserbringer sowie die Beantragung der Finanzhilfen des Bundes nach Inkrafttreten des EPDG?	- Eine eigenständige kantonale Verpflichtung ist notwendig, wenn die stationären Leistungserbringer vor Ablauf der Übergangsfrist zur elektronischen Bereitstellung von Patientendaten verpflichtet werden sollen.
- Soll eine Etappierung bzgl. Umsetzung und Einbezug der Akteure vorgenommen werden?	- Eine eigenständige kantonale Verpflichtung ist notwendig, wenn die ambulanten Leistungserbringer zur elektronischen Bereitstellung von Patientendaten verpflichtet werden sollen.
- Ist eine zeitnahe Kommunikation der strategischen Absichten/Ziele an die GFP und andere Anspruchsgruppen vorgesehen?	- Kommunikationsstrategie und – zielgruppenspezifische Kommunikationskonzepte
Ausbau der G/SG	
- Werden zukünftige Synergiepotentiale in der Strategie mitberücksichtigt (Qualität, Effizienz, Gesundheitskompetenz, usw.)?	- Auch hinsichtlich weiterer eHealth use cases.
- Sollen weitere Akteure eingebunden bzw. verpflichtet werden (z.B. ambulant tätige GFP)	- Durch die Einbindung weiterer Akteure wächst das Netzwerk, was zusätzliche kundensegmentspezifische Anreize schafft und den Netzwerkeffekt stärkt.

3.3 Finanzierungsmodell

Nach der Klärung relevanter Ansätze der kantonalen eHealth Vision und Strategie, stellt sich für die Umsetzungsverantwortlichen die Frage nach einer nachhaltigen Finanzierung des Betriebs einer G/SG. Da allerdings diese Finanzierung im engeren Sinn massgeblich von weiteren Gestaltungselementen eines Geschäftsmodells beeinflusst wird, erfolgt an dieser Stelle eine theoriebasierte Definition des Geschäftsmodellbegriffs³².

Definition Geschäftsmodell

³² Vgl. Osterwalder und Pigneur (2011). Business Model Generation. S. 18-45.

Ein Geschäftsmodell wird als „**Grundprinzip, nach dem eine Organisation Werte schafft, vermittelt und erfasst**“. Darüber hinaus enthält ein Geschäftsmodell neun Gestaltungsdimensionen:

- **Kundensegmente:**
Gruppen von Personen/Organisationen, die erreicht/bedient werden sollen.
- **Wertangebot:**
Nutzenstiftung durch Produkte/Dienstleistungen für ein Kundensegment.
- **Kanäle:**
Wege, um Kunden zu erreichen und anzusprechen und das Wertangebot zu vermitteln.
- **Kundenbeziehungen:**
Arten von Beziehungen, die mit den Kunden eingegangen werden.
- **Schlüsselressourcen:**
Notwendige Wirtschaftsgüter, um das Geschäftsmodell zu betreiben.
- **Schlüsselaktivitäten:**
Notwendige Aktivitäten, um das Geschäftsmodell zu betreiben.
- **Schlüsselpartner:**
Notwendiges Partnernetzwerk, um das Geschäftsmodell zu betreiben.
- **Kostenstruktur:**
Kosten, die durch das Geschäftsmodell anfallen.
- **Ertragsquellen:**
Umsätze, die durch ein Kundensegment generiert werden.

Durch die Begriffsdefinition wird klar, dass die Finanzierung (Ertragsquellen) von allen anderen Gestaltungsdimensionen eines Geschäftsmodells beeinflusst wird. Daher sollen die beeinflussenden Parameter punktuell in den Finanzierungsmodellen für G/SG berücksichtigt werden.

Modul Finanzierungsmodelle	Bemerkungen/Hinweise
Kundensegmente	
- Welche Kundensegmente können mit dem Geschäftsmodell mit Leistungen bedient werden?	- Kundensegmente: o GFP o Patienten o Dritte - Ideen für mögliche Kunden einer G/SG (ohne Segmentierung) enthält die Darstellung des Datenflusses Kanton Aargau im Anhang 2
- Welche GFP sollen als Mitglied einer G/SG zugelassen werden?	-
- Können GFP bei mehreren G/SG gleichzeitig Mitglied sein?	- Eine GFP kann bei mehreren G/SG Mitglied werden.
- Sollen ausschliesslich innerkantonale oder auch ausgewählte ausserkantonale GFP als Kundensegment einer G/SG berücksichtigt werden, um den Nutzen für die Anspruchsgruppen zu erhöhen?	- Je höher der Nutzen für die Anspruchsgruppen desto wahrscheinlicher ist das Wachstum der G/SG
Leistungen und Preise vs. Erwartungen und Zahlungsbereitschaft	
- Welche Leistungen erwarten die einzelnen Kundensegmente und worin besteht der individuelle Nutzen?	- Nur wenn die erbrachten Leistungen mit den Erwartungen übereinstimmen, entsteht ein Nutzen

Checkliste Finanzierungsmodell

- Welche konkreten Leistungen (Schlüsselaktivitäten) erbringt die G/SG pro Kundensegment?	- Kosten-/Nutzen-Messung
- Verbietet das EPDG die Erbringung gewisser Leistungen?	- Das EPDG verbietet den G/SG nicht, weitere Dienstleistungen anzubieten. Dabei darf aber die Funktionalität des EPD nicht beeinträchtigt werden.
- Für welche Leistungen sind die einzelnen Kundensegmente bereit zu bezahlen?	- Die Zahlungsbereitschaft der Kundensegmente sind individuell zu ermitteln
- Decken sich die Preise (für die einzelnen Leistungen) mit der Zahlungsbereitschaft (für die einzelnen Leistungen) der einzelnen Kundensegmente?	- Nur wenn die Preise mit der Zahlungsbereitschaft übereinstimmt, werden die Kunden die Leistungen beziehen.
Erträge, Kosten und Rückstellungen	
- Wie sollen die Ertragsmechanismen pro Kundensegment ausgestaltet werden?	- Ertragsmechanismen: o Mitgliedsgebühren o Nutzungsgebühren o Lizenzen o Vermietung/Leasing o etc.
- Sollen die Preise im Voraus festgelegt werden oder sich mit den Marktbedingungen verändern?	- Preismodelle: o Festpreise o Variable Preise
- Welche Kostenstruktur fallen durch den Betrieb einer G/SG in Summe an?	- Kostenstruktur: o Fixkosten o Variable Kosten
- Soll die notwendige Infrastruktur gekauft oder gemietet werden	- Make-or-Buy
- Decken die Einnahmequellen in Summe die laufend anfallende Kostenstruktur?	- Die Kostenstruktur einer G/SG ist individuell zu erheben
- Sind Rückstellungen für zukünftige Investitionen möglich/vorgesehen?	- Nur wenn zukünftige Investitionen aus dem Betrieb finanziert werden können, ist das Finanzierungsmodell nachhaltig
- In welchen Bereichen können die Kosten für die Leistungserbringung durch einen hohen Automatisierungsgrad reduziert werden?	- Skaleneffekte

3.4 Vorgehen

Die Checkliste mit den Modulen Vision, Strategie und Finanzierungsmodell bieten den Kantonsverantwortlichen lediglich erste Ansatzpunkte und Rahmenbedingungen zur Betriebsfinanzierung einer G/SG. In einem nächsten Schritt sollen (smarte) strategische Ziele formuliert werden:

SMART

- **Spezifisch**
- **Messbar**
- **Ausführbar/akzeptiert (Erreichbar)**
- **Realistisch**
- **Terminiert**

Erst durch diese Zielformulierungen lassen sich kantonsspezifische strategische Prioritäten ableiten und wettbewerbsfähige Finanzierungsmodelle ableiten.

delle für G/SG realisieren.

4 Erste Lösungsansätze

Nachfolgend werden erste Lösungsansätze dargelegt. Es handelt sich dabei um Denkansätze der Schweizerischen Post sowie der Swisscom Health AG. Die Arbeitsgruppe verzichtet auf eine Würdigung der beiden Ansätze.

4.1 2-2-1 Modell (Post)

Die Schweizerische Post ist in ihrem Bericht „Kantonaler Handlungsbedarf in Bezug auf den Aufbau von Gemeinschaften“³³ sowie internen, nicht veröffentlichten Arbeitspapieren, der Frage nach möglichen Geschäftsmodellen im Rahmen der Umsetzung des EPDG nachgegangen und unterstreicht insbesondere nachfolgende Ertragsquellen bei der Finanzierung der Betriebskosten:

- Beitrag der stationären GFP und deren Institutionen (z.B. Beitrag pro Fall/Austritt);
- Etablierung eines Fonds (DRG, TARMED oder Präventions-Fonds);
- Beitrag der Krankenversicherungen (pro Managed Care Vertrag);
- Prämienverbilligungen (Beitrag pro Einwohner).

Zudem hält die Post fest, dass keine der Varianten die alleinige Lösung darstellt, sondern lediglich eine Mischform der Finanzierung sinnvoll sei. Die Kosten für die Etablierung eines schweizweit flächendeckenden EPD werden auf 40 Millionen. Franken, respektive 5 Franken pro Einwohner, beziffert.³⁴ Die nachhaltige Finanzierung dieser Betriebskosten (5 Franken) soll anhand eines 2-2-1 Modells sichergestellt werden. Dabei sollen 2 Franken durch die öffentliche Hand finanziert werden, weitere 2 Franken durch die Kostenträger bzw. Krankenversicherer (Integrierte Versorgungsmodelle) und mindestens 1 Franken aus einem betriebswirtschaftlich orientierten Geschäftsmodell.

Mischform als nachhaltige Finanzierung

4.2 Prozesseinsparungen fördert Zahlungsbereitschaft (Swisscom)

Die Swisscom Health AG geht in dem von PwC erstellten Bericht³⁵ davon aus, dass allein durch die Digitalisierung der Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärzten und Spitälern rund 90% der Prozesskosten eingespart werden können. Dies wird aus Prozesseinsparungen für Überweisungen sowie den abschliessenden Versand der Austrittsberich-

Erhöhte Zahlungsbereitschaft dank Prozesseinsparungen

³³ Bericht Post vom 31. Juli 2015: „Kantonaler Handlungsbedarf in Bezug auf den Aufbau von Gemeinschaften“.

³⁴ Aus Erfahrung der verschiedenen Modellversuche liegen die Kosten pro Dossier zu Beginn bei ca. 8 bis 15 Franken, je nach Gegebenheit des Ecosystems. Diese Werte sinken jedoch mit zunehmender Benutzerzahl. Am Anfang sind die Kosten wesentlich höher, da in der Anfangsphase einer Affinity Domain keine oder nur marginale Skaleneffekte erzielt werden. Vgl. Internes Dokument Post.

³⁵ Bericht Swisscom Health AG vom 02. September 2014: „Einsparpotenzial durch elektronische Datenübermittlung im Gesundheitswesen, einsehbar unter:

<https://www.swisscom.ch/content/dam/swisscom/de/about/medien/medienmitteilung/2014/20140902-MM-Presentation-de.pdf>, sowie Medienmitteilung vom 02. September 2014: „Kosten im Gesundheitswesen: Durch Digitalisierung über CHF 100 Mio. einsparen“, einsehbar unter: <https://www.swisscom.ch/de/about/medien/press-releases/2014/09/20140902-MM-Kosten-Gesundheitswesen.html>.

te abgeleitet. Die Hochrechnung zeigt, dass lediglich durch die Anpassung dieser beiden Prozesse (Überweisung und Austrittsbericht) jedes Jahr Kosten von 81 Millionen bis 139 Millionen Franken eingespart werden könnten.

Die Berechnungen legen nahe, dass gezielte Prozesseinsparungen die Zahlungsbereitschaft von verschiedenen Anspruchsgruppen einer G/SG massgebend beeinflusst werden kann. Exemplarisch dafür sind folgende Beispiele³⁶:

- Spitem: Nach dem Erhalt einer Zuweisung vom Spital und müssen die Spitem sich innert definierter Frist beim Patienten melden (meist 4h). Im System OPAN wird beispielsweise bereits heute eine Empfangsgebühr entrichtet. Im Falle von Verlängerungen der Verordnungen und Rezepte kann die Prozessdigitalisierung ebenfalls zu ansehnlichen Einsparungen führen, was wiederum die Bereitschaft für eine Transaktionsgebühr erhöht.
- Apotheken: Durch Einbindung der Apotheker können e-Rezepte ausgestellt werden. Dafür wird eine Transaktionsgebühr bezahlt. Wenn der Apotheker Zugriff auf das ePD hat, kann er einen Medikamenteninteraktionscheck durchführen (sinnvoll bei multimorbiden Patienten, die von mehreren Fachärzten betreut werden). Diesen kann er dem Kostenträger in Rechnung stellen.

³⁶ E-Mail Daniel Böhringer (Swisscom Health AG) und Mitglied der Arbeitsgruppe vom 01. Februar 2016.

4.3 Wachstumsgerichteter Mix aus Grundversorgung und Nutzungsentgelt

Die Erfahrung zeigt, dass E-Health-Lösungen ihre Wirkung leider nicht per se entfalten. Qualitative und ökonomische Vorteile erwachsen erst, wenn ein wesentlicher Anteil der Leistungserbringer die Lösung einsetzt und so für vollständige Informationen entlang der Behandlungskette und für viele Patienten sorgt. Erst eine breite Durchdringung und eine hohe Akzeptanz der Lösung in allen beteiligten Kreisen führen zum Nutzen für eine ganze Region und für den einzelnen Akteur.

Vorteile erst bei grosser Durchdringung

Dies bedeutet, insbesondere für die Einführungsphase, dass diese möglichst barrierefrei sein muss. Neben technischen (IT), administrativen und organisatorischen (Pflichten für Gemeinschaften) Barrieren, stellen Nutzungsgebühren bei den Leistungserbringern, welche sich aus den Investitionen und Betriebskosten der Anbieter ergeben, eine Hauptbarriere dar.

Barrierefreie Einführungsphase

Zur Deckung der Aufbau- und Betriebsaufwände, haben wir für unsere Partner ein Tarif- und Finanzierungsmodell ausgearbeitet mit folgenden Eckpunkten³⁷:

- **Investitionen für den Aufbau werden partnerschaftlich getragen**
In den Anfangsjahren wird mit Kostenunterdeckung gerechnet, in den späteren Jahren mit Gewinn. Die Break-Even-Dauer ist unsicher. Das Mittragen von Partnern am Risiko soll kongruent sein mit der Beteiligung am möglichen Ertrag. Die Ausgaben und Einnahmen sollen unter den Beteiligten so ausgewogen verteilt sein, dass sich alle gern längerfristig beteiligen.
- **Anschubfinanzierung für die rasche Durchdringung der Lösungen**
Ähnlichen einem Katalysator in chemischen Prozessen, sehen wir die Notwendigkeit einer Anschubsfinanzierung, welche die Verbreitung und Durchdringung der Lösung ermöglicht. Diese erfolgt typischerweise durch den Vertreter der Region resp. den Kanton. Nach dem Erreichen des Zeitpunkts (Tipping Point), bei welchem sich der ökonomische Nutzen für alle Teilnehmer ergibt, ist keine weitere externe Finanzierung mehr notwendig.
- **Nutzungstarife – Fairness der leistungsabhängigen Verrechnung und Einfachheit von Pauschalen**
Die Tarife sollen so attraktiv sein, dass möglichst rasch eine genügend hohe Verbreitung erreicht wird. Weitere sollen die Tarife dem Nutzen der verschiedenen Kundensegmente entsprechen. Wir bieten neben einem leistungsorientierten (transaktionsbasierten) Modell immer auch eine Möglichkeit eines pauschalisierten Preismodells. Da wir die Digitalisierung und die Nutzung der eHealth-Möglichkeiten fördern möchten, bevorzugen wir pauschale Preismodelle, welche unabhängig von der effektiven Anzahl Transaktionen sind.

³⁷ Christian Greuter, Health Info Net AG (HIN) und Thomas Marko, BINT GmbH

- **Adäquate Pauschalen für unterschiedliche Leistungserbringer, fair usage – fair pricing**
Die jährlichen, pauschalisierten Nutzungsgebühren für Leistungserbringer richten sich nach der Grösse und dem Leistungsumfang. Analog unserem bewährten Preismodel für den Anschluss an das Secure E-Mail Netzwerk, klassifizieren wir Leistungserbringer nach deren Anzahl Angestellten in fünf Stufen zur Grösse. Der Leistungsumfang wird nach genutzten Fachprozessen definiert (Bsp. Zuweisungsprozess, Medikationsprozess etc.).

Der gewünschte Erfolg des EPD wird sich nur einstellen, wenn es gelingt die bisher bereits bestehenden gerichteten Prozesse (Zuweisung, Rezept, Befundübermittlung etc.) mit den nun im Gesetz geregelten ungerichteten Prozessen (Patientenzugriff, Zugriff auf Daten ausserhalb des aktuellen Behandlungskontextes etc.) zu vereinen. Für die bestehenden Datenaustauschprozesse zwischen den Leistungserbringern, existieren Geschäftsmodelle und etablierte Kosten-Nutzenmodelle. Wenn die Digitalisierung dieser Prozesse mit den gleichen Infrastrukturen wie das EPD umgesetzt wird, dann ermöglichen die entstehenden Synergien auch eine Finanzierung der mit dem EPD neueingebrachten Themen, wie Zugriff und Berechtigungsvergabe durch den Patienten oder die umfangreichen Portale für den Zugriff durch alle Beteiligten.

Vereinigung der gerichteten Prozesse mit ungerichteten

Anhang 1: Juristische Einschätzung BAG: Geschäftsmodelle Zugangsportal

Der Bericht der KPMG vom 19. Dezember 2014 "Mögliche Organisations- und Finanzierungsmodelle von Gemeinschaften und Stammgemeinschaften" nennt mögliche Geschäftsmodelle, welche rund um ein Zugangsportal nach EPDG resp. einem sogenannten Gesundheitsportal angeboten werden könnten (Bericht KPMG, S. 58 ff.).

Nachfolgend werden die genannten Geschäftsmodelle kurz beschrieben, die juristischen Rahmenbedingungen genannt und eine Einschätzung abgegeben, ob und in welcher Weise diese Geschäftsmodelle im Rahmen des EPDG zu tolerieren sind oder nicht.

Bei allen Geschäftsmodellen ist klar zu unterscheiden zwischen dem Zugangsportal und die darüber verfügbaren Daten sowie dem Gesundheitsportal. Die Daten des EPD dürfen - vorbehaltlich einer spezialgesetzlichen Grundlage - ausschliesslich für die im EPDG genannten Zwecke genutzt werden. Ausdrücklich nicht Gegenstand des EPDG sind: Datenaustausch zwischen Gesundheitsfachpersonen und den Sozialversicherungen (insb. elektronische Abrechnung und Kostengutsprache); Umgang mit Daten, die über das EPD abgerufen und in den Primärsystemen gespeichert werden; Nutzung der Daten des EPD für den Aufbau von Krankheits- oder Qualitätsregistern; Statistik- oder Forschungszwecke; Optimierung administrativer Prozesse (Botschaft EPDG, BBI 2013 5372).

Um die Finanzierung einer Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft zu unterstützen, sind Geschäftsmodelle, die weitere Dienstleistungen für Patienten oder Gesundheitsfachpersonen anbieten, denkbar. Sie sind grundsätzlich zulässig, solange sie sich im Rahmen des geltenden Rechts bewegen und nicht mit dem EPD verbunden sind, insbesondere keine Daten des EPD nutzen. Die Regulierung von Geschäftsmodellen ist nicht Sache des EPDG. Trotzdem dürfen Geschäftsmodelle das Funktionieren des EPD weder behindern noch den Zugang zum EPD für den Patienten übermässig erschweren.

Das Wichtigste in Kürze:

- das EPDG regelt nur das Zugangsportal und das EPD; ein allfälliges Gesundheitsportal fällt nicht unter das EPDG;
- die Daten des EPD dürfen nicht für die unten aufgeführten Geschäftsmodelle verwendet oder ausgewertet werden.

Die nachfolgende Auflistung ist weder abschliessend noch verbindlich, sondern soll einen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen zu den von der KPMG genannten Punkten bieten.

Fazit

Das Zugangsportal ist klar vom Gesundheitsportal und dessen über das EPD hinausgehenden Dienstleistungen und Angebote abzugrenzen. Der Zugang zum EPD muss über ein Login erfolgen. Ausserhalb des Logins und ohne Verknüpfung mit dem EPD ist jede Dienstleistung denkbar, die sich an geltendes Recht hält. Das Login muss auf der Einstiegsseite

(kann ein Gesundheitsportal sein) für den Patienten ohne weiteres auffindbar und direkt zugänglich sein. Sobald sich der Patient eingeloggt hat, befindet er sich in seinem EPD, wo keine Geschäftsmodelle erlaubt sind. Maschinelle Zugriffe auf und systematisches Screening von EPDs sind gemäss EPDG nicht zulässig. Im Übrigen sind u.E. sog. Expertensysteme im Rahmen des EPD nicht zulässig. Für die Gemeinschaften bleibt es selbstverständlich möglich, Daten des EPD nach deren Speicherung im Primärsystem mittels gemeinschaftsinternen Expertensystemen auszuwerten.

Nr	Geschäftsmodell	Kurzbeschrieb	Juristische Einschätzung	Auswirkungen auf Vo-Recht
1	Online Werbung	Vorgeschlagen wird der Verkauf von Werbeflächen auf einem Gesundheitsportal, sogenannte Bannerwerbung. Die Verwendung von E-Mail-Werbung, Pop-Ups, Suchmaschinenwerbung und weitere Werbeformate ist nicht ange-dacht, hingegen soll die Online-Werbung basierend auf den jeweiligen Bedürfnissen und Interessen personalisiert werden können (Bericht KPMG, S. 60 f.).	Werbung auf einem Gesundheitsportal richtet sich nach den allgemein gültigen Regeln betreffend Werbung (z.B. keine strafrechtsrelevanten oder persönlichkeitsverletzenden Inserate). Die Werbung darf nicht aufgrund der Daten im EPD personalisiert werden, da dies einen unerlaubten Zugriff auf diese Daten voraussetzen würde. Zudem haben nur GFP potentiellen Zugriff auf ein EPD.	Keine Regelung notwendig.
2	Online Shopping	Dienstleister aus den Bereichen Gesundheit, Ernährung, Leben, Bewegung, Entspannung etc. sollen zur Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität ihre Dienstleistungen bzw. Produkte auf dem Gesundheitsportal anbieten können. Als mögliche Dienstleister kommen Organisationen innerhalb der Gemeinschaft (z.B. Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Einweiser etc.) sowie ausserhalb der Gemeinschaft (z.B. Pharma, Krankenkassen) in Frage (Bericht KPMG, S. 61 f.).	Für Werbeinserenten aus dem Pharmabereich sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen, insb. die Verordnung über die Arzneimittelwerbung (AWV; SR 812.212.5) zu beachten. Im Übrigen scheint der Verkauf von Produkten unproblematisch, solange eine klare Trennung zwischen dem Zugangsportaal und dem Online-Shop erkennbar ist. Der Zugang zum EPD darf nicht davon abhängen, dass man bspw. in einem Shop einkauft.	Das Zugangsportaal ist klar vom Gesundheitsportal und dessen über das EPD hinausgehenden Dienstleistungen und Angebote abzugrenzen. Keine Regelung notwendig.

3	Vermittlung für klinische Studien	<p>Unter strikter Wahrung von Privatsphäre und Persönlichkeitsschutz sollen Patienten für freiwillige Forschungsaktivitäten und Behandlungen vermittelt werden, v.a. klinische Studien. Das Gesundheitsportal soll dabei als Vermittlungsplattform fungieren. Eine Koppelung der Probandensuche an spezifische Gesundheitsdaten würde eine effiziente Selektion von relevanten Teilnehmern ermöglichen, ist aber vorderhand nur bedingt umsetzbar (Bericht KPMG, S. 63 ff.).</p>	<p>Die Vorgaben betreffend klinische Studien sind im HMG und der Verordnung über klinische Versuche mit Heilmitteln (VKlin) sowie dem HFG und der HFV aufgeführt. Die Ethikkommissionen sorgen für die Einhaltung der Regeln.</p>	Keine Regelung notwendig.
4	Daten für Forschungszwecke	<p>Patienten sollen über das Gesundheitsportal angefragt werden, ob sie ihre Daten anonymisiert für Forschungszwecke freigeben wollen. Dabei ist zu beachten, dass Firmen hohe Ansprüche an Qualität, Struktur und Umfang der Daten haben, weshalb die Daten des EPD - zumindest zu Beginn - für diese Zwecke nicht in Frage kommen (Bericht KPMG, S. 64). Denkbar wäre auch eine finanzielle Entschädigung für die Freigabe von Daten auf dem EPD-Portal (Bericht KPMG, S. 65).</p>	<p>Nur der Patient selber und an einer Behandlung beteiligte Gesundheitsfachpersonen haben Zugang zum EPD.</p> <p>Es ist vorderhand nicht vorgesehen, das EPD für Forschungszwecke einzusetzen.</p> <p>Die Nutzung der Daten für Forschungszwecke durch staatliche Organe (Kanton, Bund) braucht eine gesetzliche Grundlage und in der Regel die Einwilligung des Patienten (vgl. HFG).</p> <p>Für private Forschungsprojekte bedarf es der Einwilligung des Betroffenen.</p> <p>Der Patient kann die Daten aus dem EPD herunterladen und sie anschliessend für Forschungszwecke zur Verfügung stellen. Ein direkter Zugriff von Forschenden auf das EPD ist jedoch nicht möglich, da der Gesetzgeber die Nutzungsberechtigten und die Nutzungszwecke für das EPD abschliessend</p>	Keine Regelung notwendig.

			festgelegt hat. Das gilt auch für einen "maschinellen" Zugriff auf das EPD. Hingegen kann die GFP solche Systeme einsetzen, soweit sie nicht mit einem Zugriff auf das EPD verbunden sind.	
5	Organ-, Gewebe-, Blut- und Zellenspenden	Das Gesundheitsportal bietet für meist wohltätige Organisationen eine Plattform, um einerseits die Menschen für die Signifikanz von Spenden zu sensibilisieren und andererseits für eine Spende oder eine Registrierung zu gewinnen (Bericht KPMG, S. 64 f.).	Bezüglich der Zulässigkeit von Werbung für die Gewinnung für Probanden, Organ- und Blutspenden sowie die Freigabe der Daten für klinische Studien sind die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben zu beachten, insb. HMG, AWV, TxG, HFG.	Keine Regelung notwendig.
6	Patientendienstleistung: Planung, Recording und Auswertung	Der Patient hat die Möglichkeit, seinen Gesundheitszustand, sein Verhalten oder seine Aktivitäten festzuhalten und diese im Zeitverlauf auszuwerten (Bericht KPMG, S. 66).	Die Frage der Expertensysteme wurde noch nicht diskutiert und ist noch nicht entschieden. Prima vista wird das von Seiten des Gesetzgebers nicht für möglich gehalten, soweit es mit einem weitergehenden Zugriff auf Patientendaten verbunden ist, die über den ursprünglichen Zweck des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier hinausgeht. Für Gemeinschaften ist es möglich, Daten des EPD nach deren Speicherung im Primärsystem mittels gemeinschaftsinternen Expertensystemen auszuwerten.	Keine Regelung notwendig
7	Patientendienstleistung: Patientenverfügung	Die Dienstleistung bietet die Möglichkeit, die eigene Patientenverfügung im Dossier zu hinterlegen, diese jederzeit abzurufen und zu verwalten (Bericht KPMG, S. 66).	Das EPDG geht von der dezentralen Datenhaltung aus. Das heisst, dass die Daten und Dokumente in den Primärsystemen der teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen verbleiben. Die Voraussetzung, Dokumentenablagen, die gemeinsam bewirtschaftete Doku-	Das Hinterlegen einer Patientenverfügung im EPD ist möglich (admin. Daten). Dabei ist die Formvorschrift

			<p>mente enthalten (bspw. elektronischer Impfdossier, geteilte Behandlungspläne etc.) zu betreiben, ist, dass die Gemeinschaft die volle Verantwortung dafür übernimmt (anstelle der Gesundheitsfachperson, was nicht zu empfehlen ist). Sie bietet damit ein „Primärsystem“ an und bewegt sich mit dieser Dienstleistung ausserhalb des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier. Das EPDG verbietet den Gemeinschaften nicht, weitere Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen. Die Verantwortung für die interne Organisation einer Gemeinschaft liegt bei ebendieser sowie den teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen. Das umfasst auch die Art der Datenablage.</p>	<p>zu beachten. In den Erläuterungen zur VO erwähnen.</p>
8	<p>Patientendienstleistung: Erinnerungsdienstleistungen</p>	<p>Unterstützungsfunktion, welche Patient an Arzttermine oder behandlungsrelevante Aktionen (wie z.B. Medikamenteneinnahme, Selbstspritze, Bewegungsübungen) erinnert (Bericht KPMG, S. 67).</p>	<p>Aus juristischer Sicht ist eine solche Dienstleistung möglich. Sie ist nicht Gegenstand des EPD. Funktionen sollten (wie heute schon) gestützt auf die Daten des Primärsystems bzw. des Terminkalenders vorgenommen werden.</p>	<p>Keine Regelung notwendig.</p>
9	<p>Patientendienstleistung: Notifikation</p>	<p>Der Service soll ermöglichen, nahestehende Personen zeitnah mit wichtigen Informationen zu versorgen (Bericht KPMG, S. 67).</p>	<p>Unklar, was damit gemeint ist. Falls unter "nahestehend" private Personen (bspw. Eltern, Ehepartner etc.) gemeint sein sollte, dann ist eine solche Dienstleistung im EDP nicht vorgesehen und damit nicht möglich. Ausserhalb des und ohne Verknüpfung mit dem EPD ist ein entsprechender Service zulässig.</p>	<p>Keine Regelung notwendig.</p>
10	<p>Patienten-</p>	<p>Mit Hilfe eines Ärzter-</p>	<p>Ausserhalb des und</p>	<p>Keine</p>

	dienstleistung: Ärzteverzeichnis	zeichnisses wird dem Patienten ein kontrollierter Zugang zu Kontaktdaten von potenziellen Praxisärzten ermöglicht. Das Ärzteverzeichnis kann auf dem Gesundheitsportal publiziert werden und ermöglicht eine adäquate Vermittlung und Behandlung von Patienten innerhalb der Gemeinschaft (Bericht KPMG, S. 67).	ohne Verknüpfung mit dem EPD ist ein entsprechender Service zulässig.	Regelung notwendig.
11	Patientendienstleistung: Kommunikationsplattform	Mittels einer Kommunikationsplattform soll Patienten die Möglichkeit geboten werden, sich mit Personen mit ähnlichem Krankheitsbild oder Gesundheitszustand auszutauschen, Informationen zu bestimmten Krankheitsbildern und Hilfestellungen abzufragen und gar Beratungsstellen ausfindig zu machen (Bericht KPMG, S. 67).	Ausserhalb des und ohne Verknüpfung mit dem EPD ist ein entsprechender Service zulässig.	Keine Regelung notwendig.
12	Dienstleistungen für GFP: Clinical Decision Support	Clinical Decision Support Systeme, kurz CDSS, sind computerbasierte Systeme, welche den Diagnose- und Entscheidungsfindungsprozess unterstützen. Als Hilfestellung oder Grundlage für die ärztliche Entscheidungsfindung kann GFP ein Service zur Verfügung gestellt werden, welcher es erlaubt, den Gesundheitszustand eines Patienten zu überwachen und erfolgreiche Therapien zu identifizieren (Bericht KPMG, S. 68).	Die Frage der Expertensysteme wurde noch nicht diskutiert und ist noch nicht entschieden. Prima vista wird das vom Gesetzgeber nicht erlaubt, weil es mit einer weitergehenden Datenbearbeitung verbunden ist, die über den ursprünglichen Zweck des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier hinausgeht. Hingegen kann die GFP solche Systeme einsetzen, soweit sie nicht mit einem Zugriff auf das EPD verbunden sind, d.h. sie gibt bestimmte Infos (anonymisiert) ein, und erhält vom System Unterstützung z.B. bei der Diagnosefindung. Für Gemeinschaften ist es möglich, Daten des EPD nach deren Spei-	Keine Regelung notwendig.

			cherung im Primärsystem mittels gemeinschaftsinternen Expertensystemen auszuwerten.	
13	Dienstleistungen für GFP: Erinnerungsdienstleistungen	Diese Dienstleistung erlaubt als Unterstützungsfunktion den Patienten per Benachrichtigung auf eine Terminfälligkeit (z.B. jährlicher Check) aufmerksam zu machen (Bericht KPMG, S. 68).	Diese Dienstleistung dürfte auf den Daten des Primärsystems und nicht des EPD aufbauen. Aus juristischer Sicht ist eine solche Dienstleistung möglich. Sie ist nicht Gegenstand des EPD.	Keine Regelung notwendig.
14	Dienstleistungen für GFP: Bewertungsportale für GFP	Über das Gesundheitsportal wird dem Patienten die Möglichkeit gegeben, beispielsweise das Arztverzeichnis seiner Gemeinschaft einzusehen, einzelne Arztbewertungen zu studieren und selbst Arztbesuche zu bewerten (Bericht KPMG, S. 68 f.).	Ausserhalb des und ohne Verknüpfung mit dem EPD ist ein entsprechender Service hingegen zulässig.	Keine Regelung notwendig.
15	Dienstleistungen für GFP: Netzwerkanbindung	Angebot eines Kommunikationsdienstes (Videokonferenz mit Dokumentenaustausch), welcher einem Arzt eine multidisziplinäre und ortsübergreifende Behandlung seines Patienten ermöglicht (Bericht KPMG, S. 70).	Ausserhalb des und ohne Verknüpfung mit dem EPD ist ein entsprechender Service hingegen zulässig.	Keine Regelung notwendig.

Anhang 2: Datenfluss im Kanton Aargau

