

## Eine grosse Diskussion im Rahmen des ePatientendossiers und der Communities eHealth, make or buy?

Das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) lässt viele Freiräume für das Bilden und Betreiben einer (Stamm-)Gemeinschaft\* sowie für ihre Finanzierung durch eine Trägerschaft zu. Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen haben die Wahl: entweder eine eigene Gemeinschaft bilden oder sich einer existierenden anschliessen. Die Finanzierungs- und Governance-Modelle sind wichtige Entscheidungskriterien.

Die schweizerische eHealth-Vision ist, dass jede Bürgerin und jeder Bürger ein elektronisches Patientendossier eröffnen kann, damit sie und ihre Behandelnden einfacher kommunizieren können und die Qualität, Sicherheit und Effizienz der Behandlung dadurch erhöht wird. Das ist heute in einigen Pilot-Kantonen schon möglich und soll bald auch flächendeckend Realität werden. Das Gesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) wurde vor weniger als einem Jahr vom Bundesparlament genehmigt und tritt voraussichtlich Anfang 2017 in Kraft. Die Anhörung des dazugehörigen Ausführungsrechts ist eröffnet<sup>1</sup>.

### Die Uhr tickt, es ist Zeit zu handeln

Die Verbreitung von eHealth hängt von verschiedenen Erfolgsfaktoren wie einer nutzenorientierten Analyse oder der Gestaltung der nötigen Anreize für jeden Stakeholder<sup>2</sup> ab. Für diesen zweiten Faktor wurden im EPDG zwei flankierende Massnahmen definiert.

Einerseits werden einige Akteure des stationären Gesundheitssystems – die Spitäler und die Pflegeheime – dazu verpflichtet, sich innerhalb von drei respektive fünf Jahren nach Inkrafttreten des EPDGs einer eHealth-Gemeinschaft anzuschliessen (EPDG §25). Das bedeutet, dass für die Spitäler und Pflegeheime sowie für die Kantone, die für die Spitalplanung und Gesundheitsversorgung verantwortlich sind, die Uhr tickt.

Andererseits wurde eine einmalige Anschubfinanzierung vom Bund in der Höhe von insgesamt 30 Millionen Franken für die Investitionskosten für den Aufbau von zertifizierten Gemeinschaften zur Verfügung gestellt (EPDG

§20 bis 23). Diese Anschubfinanzierung muss aber innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten des EPDGs von den Gemeinschaften beantragt werden. Dabei gilt die Regel: Der Bund gibt einen zusätzlichen Franken für jeden Franken, der von der Gemeinschaft investiert wird. Hier wiederum ist es für Spitäler und Kantone – die voraussichtlich u.a. diesen zweiten Franken bezahlen werden – Zeit zu handeln.

### «make or buy ... what?»

Eine der ersten Fragen, die sich die Gründer einer Gemeinschaft stellen müssen, lautet: «Müssen wir alles neu bauen oder können wir eine fixfertige Lösung einkaufen?» – Aber was ist eine eHealth-Lösung: eine Software? ein Organisationsreglement? Prozessrichtlinien?

Schnittstellen? Einige Definitionen von Austauschformaten? Ein Finanzierungsmodell? Ein Ausbildungsprogramm?

Dänemark wird öfters als Vorzeigeland für die eHealth-Verbreitung betrachtet. Weniger bekannt ist ihre eHealth-Modelldarstellung (siehe Abbildung 2). In dieser Darstellung sieht man, dass für den Aufbau einer eHealth-Gemeinschaft viele Aspekte betrachtet werden müssen.

Überträgt man dieses Modell auf die Schweiz, so muss man, von unten nach oben – wie beim Hausbau – folgende Elemente aufbauen:

**IT Infrastructure:** Die Basiskomponenten – wie Dokumentenregister, Dokumentenablage und Masterpatientindex – gemäss den vom EPDG-



Abbildung 1: Quelle: Stephan Bornick, www.tgd.ch

\* Vereinfachungshalber wird weiter in diesem Artikel der Begriff «Gemeinschaft» sowohl für Stammgemeinschaft wie auch für Gemeinschaft verwendet.

## Special 1: Swiss eHealth Forum

Ausführungsrecht vorgegebenen internationalen Standards sowie ein Zugriffsmanagement-System, das den spezifischen schweizerischen Regeln genügt.

**Applications:** Gezielte Nutzen generierende Anwendungen – z. B. Medikationsplan, gerichtete Kommunikation, Allergiedossier, Behandlungsplan, Zuweisungsmanagement.

**Information:** Eine gemeinsame verständliche Syntax und Semantik – z. B. Kodierung der Diagnostik und Problemliste in einem Spitalaustrittsbericht.

**Care Process:** Optimale Integration des Informationsaustauschs in die Prozesse der Absender und Empfänger – z. B. der Kommunikationsablauf zwischen einem zuweisenden Arzt und einem Spital.

**Policy:** Ein Finanzierungsmodell, das einerseits die Investition und die Betriebskosten abdeckt und andererseits berücksichtigt, dass bei eHealth der Nutzen meistens nicht beim Akteur entsteht, der den Aufwand hat.

**Legal and Regulatory:** Anpassungen der kantonalen Regelungen – z. B. wenn ein Kanton eine aktive Rolle bei der Trägerschaft spielt.

### Vor- und Nachteile der Make-Strategie

Entscheidet sich eine Region, ein Spitalverbund, ein Kanton oder eine Gruppe von Leistungserbringern und deren Einrichtungen, eine eigene Gemeinschaft zu gründen und die sechs Schichten selbst zusammenzustellen, dann entstehen folgende Vor- und Nachteile.

#### Vorteile

- Die Möglichkeit, sich in einer kompetitiven Umgebung zu differenzieren
- Eine flexiblere Entwicklung des Finanzierungsmodells
- Mehr Freiheit bei Entscheidungen und Priorisierung für jede Schicht des Modells

#### Nachteile

- Es benötigt viele eigene personelle Ressourcen sowie Kompetenzaufbau und dadurch mehr Zeit
- Die Gefahr, dass Erfahrungen von anderen zu wenig berücksichtigt werden und deswegen das Rad neu erfunden werden muss

#### Es stellen sich für die Gemeinschaft folgende Hauptfragen:

- Brauchen wir Flexibilität und Autonomie für unsere zeitliche und politische Agenda?

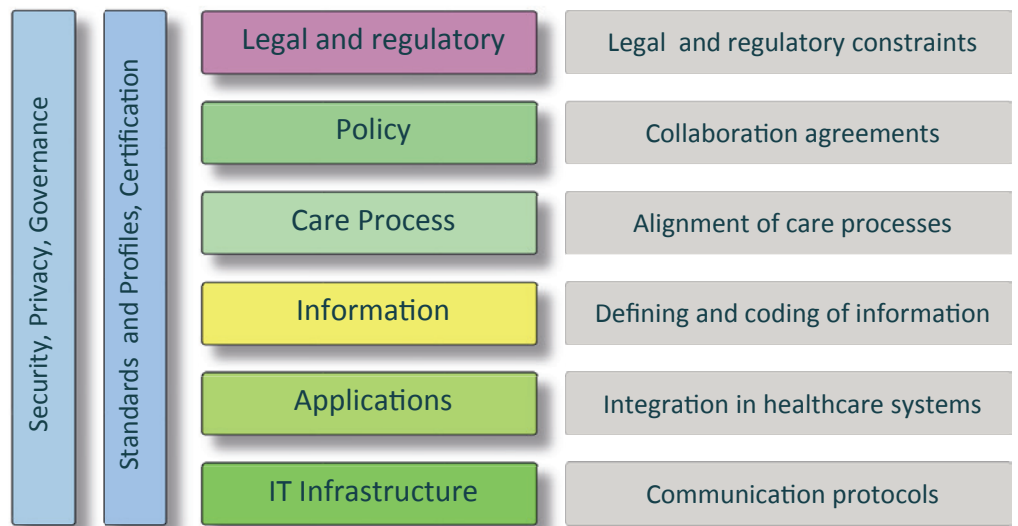


Abbildung 2: Dänisches eHealth-Modell<sup>3</sup>

- Wollen wir autonom in den Finanzierungs- und Governance-Modellen sein?
- Haben wir unsere Prozesse schon modelliert und wollen wir uns unterscheiden, z.B. für eine bessere Differenzierung der Leistungsangebote einiger Mitglieder?

### Vor- und Nachteile der Buy-Strategie

Entscheiden sich die gleichen Akteure, sich einer bestehenden Gemeinschaft anzuschliessen und die bestehenden Elemente der sechs Schichten eins zu eins zu übernehmen, ergeben sich folgende Vor- und Nachteile.

#### Vorteile

- Zeit- und Kostenersparnisse, da die meisten Elemente schon stehen
- Eine schnellere Lernkurve und ein effizientes «Change Management» durch das Teilen der Erfahrungen

#### Nachteile

- Starke Abhängigkeiten, weniger Differenzierungsmöglichkeiten und weniger Anpassungsmöglichkeiten an eigene Bedürfnisse
- Ein schwieriges «Change Management», wenn die Synergien, die ein Vorteilspotenzial repräsentiert, durch starke regionale Unterschiede nicht genutzt werden können

#### Es stellen sich für die Gemeinschaft folgende Hauptfragen:

- Betreiben wir schon gemeinsame Projekte im Gesundheitswesen?
- Ist der Aufwand, uns in einer Trägerschaft und einer Gemeinschaft zu integrieren, kleiner als unsere erhofften Ressourceneinsparungen?
- Passt uns das Preismodell der Betreiber?

### Gibt es andere Strategien?

Es gibt leider weder ein Kochrezept noch eine einfache Regel, um sich zwischen der make- und der buy-Strategie zu entscheiden.

Eine detaillierte Analyse nach den vorgeschlagenen sechs Schichten des dänischen Modells empfiehlt sich. Und wenn keine der beiden Strategien überzeugt, gibt es noch weitere Möglichkeiten. Zwei davon werden folgend erläutert:

#### Strategie 1

Sich mit Nachbarregionen, -kantonen oder weiteren Verbunden von Leistungserbringern gruppieren und zusammen eine Gemeinschaft gründen, um Vorteile von Flexibilität und Ressourceneinsparungen zu kombinieren. Dabei stellen sich unter anderem folgenden Fragen:

- Unterstützen unsere kantonalen Parlamente solche Synergien?
- Damit die Steuerungsorgane noch überschaubar und handlungsfähig sind, sind unsere Stakeholder bereit, je nur einen Vertreter und nicht einen pro Region zu delegieren?

#### Strategie 2

Eine Kombination von make UND buy. In Bezug auf die Schichten des dänischen Modells die unteren Schichten (Infrastruktur) einkaufen und die darauf aufbauenden politischen, organisatorischen und finanziellen Schichten selber gestalten.

Wie in den aktuell laufenden regionalen und kantonalen Initiativen beobachtet werden kann, ist es bei den unteren Schichten einfacher, Synergien zu nutzen.

Situation in den aktuell laufenden regionalen und kantonalen Initiativen:

- Gemeinsame Anpassung der Regulation: keine
- Gemeinsame Governance-Strukturen und Trägerschaften: noch keine
- Gemeinsame Prozessdefinitionen und -implementationen: wenige
- Gemeinsame Syntax und Semantik: die meisten
- Kauf einer kompletten EPD-Lösung: fast alle
- Kauf von Basiskomponenten: alle

**Fazit**

Der sinnvollste Weg scheint eine Kombination von make und buy zu sein, aber welche genau? Das kann man leider nicht pauschal beantworten. eHealth-Initiativen werden so unterschiedlich wie die regionalen/kantonalen Gesundheitssysteme sein. Gibt es in der Region/im Kanton ein Unispital? Ein starkes Netz von Privatkliniken? Zentral oder dezentral organisierte Spitexdienste? Im ambulanten Bereich eher Einzel- oder eher Gruppenpraxen? Eher ein staatliches oder liberales Gesundheitsmodell? Ein geschlossenes oder mit den Nachbarregionen kompetitives Versorgungsangebot?

Diese Eigenschaften werden einen hohen Einfluss auf die Autonomiebedürfnisse, Finanzierungsmittel, das Synergiepotenzial und die zeitliche und politische Agenda haben. Und das sind wiederum die Kriterien innerhalb einer Entscheidung zu make or buy, die bei jeder der sechs eHealth-Schichten im Kontext des lokalen Gesundheitssystems zu analysieren sind.

**Quellen**

- 1 «Anhörung des Ausführungsrechts zum Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier», [www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/16000/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/16000/index.html?lang=de)
- 2 «Facteurs de succès de l'eHealth en Suisse: quelles conditions cadres et quels incitatifs pour une mise en œuvre réussie?», Serge Bignens, [www.chuv.ch/bdfm/cdsp/90861.pdf](http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/90861.pdf)
- 3 «Standardisation Shared Medication Record ePrescriptions», Danish Health Data Authority, Head of department, Birgitte Drewes und «ANTILOPE – Adoption and take up of standards and profiles for eHealth Interoperability» [www.antilope-project.eu](http://www.antilope-project.eu)



Serge Bignens ist Professor an der Berner Fachhochschule, Biel, Institute for Medical Informatics. [serge.bignens@bfh.ch](mailto:serge.bignens@bfh.ch), @SBignens

**Definitionen**

elektronisches Patientendossier: Virtuelles Dossier, worüber dezentral abgelegte behandlungsrelevante Daten aus der Krankengeschichte eines Patienten zugänglich gemacht werden können.

Gemeinschaft: Organisatorische Einheit von Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen.

Stammgemeinschaft: Gemeinschaft, die zusätzliche Aufgaben wahrnimmt, wie den Patienten die Möglichkeit zu geben, die Zugriffsrechte zu verwalten und selber eigene Daten im elektronischen Patientendossier zu erfassen.

The advertisement features the ZEITAG logo at the top, which includes a clock icon and the tagline 'Timeware of Switzerland'. Below the logo, a blue banner contains the slogan 'GEMEINSAM STARK FÜR ZEIT UND ZUTRITT'. Underneath the banner, the contact information 'T 041 926 99 99' and 'www.zeitag.ch' is displayed. The central part of the ad shows three overlapping circles labeled 'ZEIT', 'BERATUNG', and 'ZUTRITT'. At the bottom, a group photo of seven people, including men and women in professional attire, is shown.