



SCHLUSSBERICHT – 04.03.2021

Massnahmen zur Verbreitung des elektronischen Patienten- dossiers

Grundlagenbericht zum Postulat Wehrli
18.4328

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Impressum

Empfohlene Zitierweise

Autor: Ecoplan
Titel: Massnahmen zur Verbreitung des elektronischen Patientendossiers
Untertitel: Grundlagenbericht zum Postulat Wehrli 18.4328
Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit
Ort: Bern
Version: Schlussbericht
Datum: 04.03.2021

Begleitgruppe

Maja Baumann, GS-EDI
Sang-Il Kim, BAG
Facia Marta Gamez, BAG
Karin Schenk, BAG
Adrian Schmid, eHealth Suisse
Salome von Greyerz, BAG
Magdalena Wicki Martin, GDK

Projektteam Ecoplan

Eliane Kraft (Projektleitung)
Katja Manike
Simon Büchler
Sandra Dänzer

Der Bericht gibt die Auffassung des Projektteams wieder, die nicht notwendigerweise mit derjenigen des Auftraggebers bzw. der Auftraggeberin oder der Begleitorgane übereinstimmen muss.

ECOPLAN AG

Forschung und Beratung
in Wirtschaft und Politik

www.ecoplan.ch

Monbijoustrasse 14
CH - 3011 Bern
Tel +41 31 356 61 61
bern@ecoplan.ch

Dätwylerstrasse 25
CH - 6460 Altdorf
Tel +41 41 870 90 60
altdorf@ecoplan.ch

Inhaltsübersicht






	Management Summary	1
	Inhaltsverzeichnis	6
	Abkürzungsverzeichnis	8
1	Einleitung	9
2	Einführung des EPD: Das Wichtigste in Kürze	11
3	Bestandesaufnahme der bereits getroffenen und geplanten Massnahmen zur Verbreitung des EPD	18
4	Auslegeordnung möglicher weiterer Massnahmen zur Verbreitung des EPD	29
5	Exkurs: Internationale Erfahrungen	82
	Anhang A: Liste der Teilnehmenden des Stakeholder-Workshops vom 24. Juni 2020	90
	Anhang B: Liste der Interviewpartner/innen im Inland	91
	Anhang C: Liste der Teilnehmenden an der Online-Stakeholder-Befragung	92
	Anhang D: Liste der Interviewpartner im Ausland	93
	Quellenverzeichnis	94

Management Summary

Zu diesem Bericht

Der vorliegende Bericht dient dem BAG als Grundlage zur Beantwortung des [Postulats 18.4328 «Elektronisches Patientendossier. Was gibt es noch zu tun bis zu seiner flächendeckenden Verwendung?»](#), das vom Bundesrat zur Annahme beantragt und von den Räten schliesslich angenommen wurde. Das Postulat beauftragt den Bundesrat, Bericht zu erstatten über die **bereits getroffenen** und **noch zu treffenden Massnahmen** zur Verbreitung des elektronischen Patientendossiers (EPD).












Bestandesaufnahme der bereits getroffenen und geplanten Massnahmen zur Verbreitung des elektronischen Patientendossiers

Fokus	Akteur	Massnahme	Status
Ausweitung Obligatorium	 Parlament	Aufhebung der Freiwilligkeit für ausgewählte Gesundheitsfachpersonen im ambulanten Bereich	geplant
Information + Befähigung	 eHealth Suisse	Website und weitere Informationsmaterialien für die Bevölkerung und Gesundheitsfachpersonen	bereits getroffen + geplant
	BAG/eHealth Suisse	Nationale Informationskampagne für die Bevölkerung und Gesundheitsfachpersonen	geplant
	Kantone	Kommunikationsmassnahmen für die Bevölkerung	teilweise geplant
	Stammgemeinschaften	Massnahmen zur Befähigung der Bevölkerung	teilweise geplant
	Stammgemeinschaften	Massnahmen zur Befähigung der Gesundheitsfachpersonen	bereits getroffen + geplant
	Verbände von Gesundheitseinrichtungen	Massnahmen zur Befähigung der Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen	bereits getroffen + geplant
Erhöhung Benutzerfreundlichkeit	 eHealth Suisse / EDI / BAG	Festlegung verbindlicher Austauschformate für den (freiwilligen) strukturierten Informationsaustausch	geplant
Erleichterung Zugang	 Stammgemeinschaften	Breites und niederschwelliges Angebot an Eröffnungsstellen	teilweise geplant
Anreize	 eHealth Suisse / EDI / BAG	Anbindung von mHealth-Anwendungen ans EPD	geplant
	Kantone	Übernahme der Kosten für die elektronischen Identitäten	vereinzelt geplant
	Kantone	Förderung der Eröffnung von EPDs	vereinzelt geplant
Finanzierung EPD-Infrastruktur	Kantone	Befristete Kantonsbeiträge an den Betrieb von Stammgemeinschaften	vereinzelt geplant


















Auslegeordnung möglicher weiterer Massnahmen

Die möglichen weiteren Massnahmen zur Verbreitung des EPD wurden in einem mehrstufigen Prozess unter Einbezug der Stakeholder¹ entwickelt und beurteilt. Im Bericht sind die einzelnen Massnahmen bzw. mögliche Umsetzungsvarianten detailliert beschrieben und bei Massnahmen des Bundes ist auch die rechtliche Umsetzbarkeit beurteilt worden (anhand der Nummern sind die Massnahmen im Inhaltsverzeichnis schnell auffindbar). Die untenstehende Tabelle zeigt die möglichen weiteren Massnahmen im Überblick:




- Die Massnahmen sind dabei von unterschiedlicher Tragweite und Umsetzungsdauer: Einige Massnahmen könnten sofort umgesetzt werden, andere bedingen vorgängig einen Rechtssetzungsprozess. Auch wirken sich die Massnahmen unterschiedlich direkt auf die Verbreitung des EPD aus.
- Die Prozentwerte geben an, welcher Anteil der Stakeholder (N=27) in einer durchgeführten Online-Befragung die Effektivität der jeweiligen Massnahme hinsichtlich der Verbreitung als «hoch» beurteilt hat und wie hoch der Anteil an Stakeholdern ist, der einer Massnahme mit «hoch» zugestimmt hat.
- Die summarische Einschätzung der Autorinnen, die auf Überlegungen zur technischen, rechtlichen und akzeptanzmässigen Umsetzbarkeit beruht, ist hier mit einer Ampel vereinfacht illustriert. Im Bericht findet sich zu jeder Massnahme eine differenzierte Beurteilung.

Fokus	Akteur	Massnahme	Nr.	Beurteilung Stakeholder		Einschätzung Ecoplan
				Effektivität hoch	Zustimmung hoch	
Ausweitung Obligatorium 	Bund	Freiwilligkeit im ambulanten Bereich mit einer Übergangsfrist aufheben	N-1	85%	81%	
	Bund	Widerspruchslösung für die Bevölkerung einführen	N-2	44%	36%	
	Bund	Durchsetzbares Recht auf ein EPD für Patient/innen schaffen	N-3	52%	52%	
Information & Befähigung 	eHealth Suisse	Nationale Hotline für die Bevölkerung einrichten	N-4	31%	52%	
	eHealth Suisse	Information der Bevölkerung auf den Nutzen ausrichten	N-5	44%	76%	
	eHealth Suisse & Stammgemeinschaften	Schulungskurse für Multiplikatoren anbieten	N-6	65%	68%	
	Kantone	Bestehende Leistungsvereinbarungen mit Multiplikatoren erweitern	N-7	44%	54%	
	Berufsschulen, HF, FH, Unis	Gesundheitsfachpersonen während der Ausbildung sensibilisieren	N-8	74%	85%	
	Verbände von Gesundheitsfachpersonen/-einrichtungen	Gesundheitsfachpersonen in Fort- und Weiterbildungen sensibilisieren	N-9	70%	77%	

¹ Die Listen der beteiligten Stakeholder befinden sich im Anhang A und C.

Fokus	Akteur	Massnahme	Nr.	Beurteilung Stakeholder		Einschätzung Ecoplan
				Effektivität hoch	Zustimmung hoch	
Erhöhung Benutzerfreundlichkeit & Funktionalität 	Bund	Zentrale Ablage für dynamische Daten erlauben	N-10	62%	64%	
	Bund	Zugriffssteuerung vereinfachen	N-11	59%	57%	
	Bund, Kantone, eHealth Suisse, Verbände der Gesundheitsfachpersonen	Tiefe Integration der Primärsysteme fördern	N-12	88%	83%	
	Stammgemeinschaften & Hersteller	EPD-Anwender/innen für die Optimierung des EPD einbeziehen	N-13	74%	77%	
Erleichterung Zugang 	Kantone & (Stamm-) Gemeinschaften	Bezug der elektronischen Identität erleichtern	N-14	77%	84%	
	Bund	Zugang per Self-Onboarding vereinfachen	N-15	67%	55%	
	Stammgemeinschaften	Breites und niederschwelliges Angebot an EPD-Eröffnungsstellen sicherstellen	N-16	85%	75%	
Anreize 	Bund	Nutzung der technischen EPD-Infrastruktur für interoperable Zusatzdienste erlauben	N-17	74%	70%	
	Versicherer	Im Krankenversicherungsbereich monetäre Anreize für die Bevölkerung schaffen	N-18	61%	42%	
	Tarifpartner	Im ambulanten Arzt-Tarif eine angemessene Abgeltung sicherstellen	N-19	62%	33%	
Finanzierung EPD-Infrastruktur 	Bund	Zertifizierungsverfahren durch eine staatliche Anerkennung ersetzen	N-20	-	74%	
	Bund & Kantone	Dauerhafte Kofinanzierung der EPD-Infrastruktur gewährleisten	N-21	-	80%	
	Bund	KVG-Prämienbeitrag für die Digitalisierung im Gesundheitswesen einführen	N-22	-	24%	

Legende:

-  empfehlenswert
-  eingeschränkt empfehlenswert
-  nicht empfehlenswert

Top-7-Massnahmen aus Sicht der Stakeholder

Die folgende Liste zeigt die sieben Massnahmen mit den höchsten Zustimmungswerten der Stakeholder. Allen diesen Massnahmen attestieren die Stakeholder auch eine vergleichsweise hohe Effektivität.




Diese Auswertung zeigt, dass es für die Verbreitung des EPD das Engagement zahlreicher Akteure und nicht nur des Bundes braucht.

Rang	Akteur	Massnahme	Nr.	Beurteilung Stakeholder		Einschätzung Ecoplan
				Effektivität hoch	Zustimmung hoch	
1	Berufsschulen, HF, FH, Unis	Gesundheitsfachpersonen während der Ausbildung sensibilisieren	N-8	74%	85%	
2	Kantone & (Stamm-)Gemeinschaften	Bezug der elektronischen Identität erleichtern	N-14	77%	84%	
3	Bund, Kantone, eHealth Suisse, Verbände der Gesundheitsfachpersonen	Tiefe Integration der Primärsysteme fördern	N-12	88%	83%	
4	Bund	Freiwilligkeit im ambulanten Bereich mit einer Übergangsfrist aufheben	N-1	85%	81%	
5	Bund & Kantone	Dauerhafte Kofinanzierung der EPD-Infrastruktur gewährleisten	N-21	-	80%	
6	(Stamm-)Gemeinschaften & Hersteller	EPD-Anwender/innen für die Optimierung des EPD einbeziehen	N-13	74%	77%	
7	Stammgemeinschaften	Breites und niederschwelliges Angebot an EPD-Eröffnungsstellen sicherstellen	N-16	85%	75%	

Priorisierung der möglichen Massnahmen des Bundes

Nachfolgend sind alle möglichen Massnahmen mit Engagement des Bundes aufgeführt, geordnet nach der Zustimmung der Stakeholder.

Rang	Akteur	Massnahme	Nr.	Beurteilung Stakeholder		Einschätzung Ecoplan
				Effektivität hoch	Zustimmung hoch	
1	Bund, Kantone, eHealth Suisse, Verbände der Gesundheitsfachpersonen	Tiefe Integration der Primärsysteme fördern	N-12	88%	83%	
2	Bund	Freiwilligkeit im ambulanten Bereich mit einer Übergangsfrist aufheben	N-1	85%	81%	
3	Bund & Kantone	Dauerhafte Kofinanzierung der EPD-Infrastruktur gewährleisten	N-21	-	80%	
4	Bund	Zertifizierungsverfahren durch eine staatliche Anerkennung ersetzen	N-20	-	74%	
5	Bund	Nutzung der technischen EPD-Infrastruktur für interoperable Zusatzdienste erlauben	N-17	74%	70%	
6	Bund	Zentrale Ablage für dynamische Daten erlauben	N-10	62%	64%	
7	Bund	Zugriffssteuerung vereinfachen	N-11	59%	57%	
8	Bund	Zugang per Self-Onboarding vereinfachen	N-15	67%	55%	

Rang	Akteur	Massnahme	Nr.	Beurteilung Stakeholder		Einschätzung Ecoplan
				Effektivität hoch	Zustimmung hoch	
9	Bund	Durchsetzbares Recht auf ein EPD für Patient/innen schaffen	N-3	52%	52%	
10	Bund	Widerspruchslösung für die Bevölkerung einführen	N-2	44%	36%	
11	Bund	KVG-Prämienbeitrag für die Digitalisierung im Gesundheitswesen einführen	N-22	-	24%	

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	1
Inhaltsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	8
1 Einleitung	9
1.1 Auftrag	9
1.2 Erarbeitung dieses Berichts	9
2 Einführung des EPD: Das Wichtigste in Kürze	11
2.1 Stand der EPD-Einführung	11
2.2 Finanzierung	12
2.3 Erwartete Nutzen	14
2.3.1 Nutzen für die Patientinnen und Patienten	14
2.3.2 Nutzen für die Gesundheitsfachpersonen	15
2.3.3 Nutzen für das Gesundheitssystem	16
2.4 Längerfristige Herausforderungen	16
3 Bestandesaufnahme der bereits getroffenen und geplanten Massnahmen zur Verbreitung des EPD	18
3.1 Verbreitung des EPD: Warum und wie?	18
3.2 Nationale Ebene	19
3.3 Kantone	24
3.4 (Stamm-)Gemeinschaften	26
3.5 Verbände von Gesundheitseinrichtungen / Gesundheitsfachpersonen	28
4 Auslegeordnung möglicher weiterer Massnahmen zur Verbreitung des EPD	29
4.1 Ausweitung Obligatorium	29
4.1.1 Massnahme N-1: Freiwilligkeit im ambulanten Bereich mit einer Übergangsfrist aufheben ..	29
4.1.2 Massnahme N-2: Widerspruchslösung für die Bevölkerung einführen	32
4.1.3 Massnahme N-3: Durchsetzbares Recht auf ein EPD für Patient/innen schaffen	34
4.2 Information und Befähigung	36
4.2.1 Massnahme N-4: Nationale Hotline für die Bevölkerung einrichten	36
4.2.2 Massnahme N-5: Information der Bevölkerung auf den Nutzen ausrichten	38
4.2.3 Massnahme N-6: Schulungskurse für Multiplikatoren anbieten	39
4.2.4 Massnahme N-7: Bestehende Leistungsvereinbarungen mit Multiplikatoren erweitern	40
4.2.5 Massnahme N-8: Gesundheitsfachpersonen während der Ausbildung sensibilisieren	42
4.2.6 Massnahme N-9: Gesundheitsfachpersonen in Weiter- und Fortbildungen sensibilisieren ...	44

4.3	Erhöhung der Benutzerfreundlichkeit und Funktionalität	46
4.3.1	Massnahme N-10: Zentrale Ablage für dynamische Daten erlauben	46
4.3.2	Massnahme N-11: Zugriffssteuerung vereinfachen	49
4.3.3	Massnahme N-12: Tiefe Integration der Primärsysteme fördern	52
4.3.4	55	
4.3.4	Massnahme N-13: EPD-Anwender/innen für die Optimierung des EPD einbeziehen	56
4.4	Erleichterung Zugang	57
4.4.1	Massnahme N-14: Bezug der elektronischen Identität erleichtern	57
4.4.2	Massnahme N-15: Zugang per Self-Onboarding vereinfachen	59
4.4.3	Massnahme N-16: Breites und niederschwelliges Angebot an EPD-Eröffnungsstellen sicherstellen	63
4.5	Anreize	64
4.5.1	Massnahme N-17: Nutzung der technischen EPD-Infrastruktur für interoperable Zusatzdienste erlauben	64
4.5.2	Massnahme N-18: Im Krankenversicherungsbereich monetäre Anreize für die Bevölkerung schaffen	67
4.5.3	Massnahme N-19: Im ambulanten Arzt-Tarif eine angemessene Abgeltung sicherstellen	69
4.6	Finanzierung EPD-Infrastruktur und -Betrieb	74
4.6.1	Massnahme N-20: Zertifizierungsverfahren durch eine staatliche Anerkennung ersetzen	74
4.6.2	Massnahme N-21: Dauerhafte Kofinanzierung der EPD-Infrastruktur gewährleisten	76
4.6.3	Massnahme N-22: KVG-Prämienbeitrag für die Digitalisierung im Gesundheitswesen einführen	79
5	Exkurs: Internationale Erfahrungen	82
5.1	Deutschland	82
5.1.1	Elektronische Patientenakte: Kontext und aktueller Stand	82
5.1.2	Massnahmen zur Verbreitung	84
5.1.3	Schlussfolgerungen	85
5.2	Österreich	85
5.2.1	Elektronische Gesundheitsakte: Kontext und aktueller Stand	85
5.2.2	Massnahmen zur Verbreitung	88
5.2.3	Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Verbreitung	89
	Anhang A: Liste der Teilnehmenden des Stakeholder-Workshops vom 24. Juni 2020. 90	
	Anhang B: Liste der Interviewpartner/innen im Inland	91
	Anhang C: Liste der Teilnehmenden an der Online-Stakeholder-Befragung	92
	Anhang D: Liste der Interviewpartner im Ausland	93
	Quellenverzeichnis	94

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BGEID	Bundesgesetz über elektronische Identifizierungsdienste, E-ID-Gesetz
BR	Bundesrat
DSG	Bundesgesetz über den Datenschutz
DSGVO	EU-Datenschutzgrundverordnung
EPD	Elektronisches Patientendossier
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
EPDV	Verordnung über das elektronische Patientendossier
GesBG	Gesundheitsberufegesetz
GFP	Gesundheitsfachpersonen
KIS	Klinikinformationssystem
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MedBG	Medizinalberufegesetz
MepV	Medizinprodukteverordnung
PIS	Praxisinformationssystem
SGK-NR	Nationalrätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag
ZertES	Bundesgesetz über die elektronische Signatur

1 Einleitung

1.1 Auftrag

Am 15. April 2017 ist das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) in Kraft getreten, das die Rahmenbedingungen für die Einführung und Verbreitung des elektronischen Patientendossiers (EPD) regelt.

Eineinhalb Jahre nach Inkrafttreten des EPDG, hat Nationalrat Laurent Wehrli am 14. Dezember 2018 das [Postulat 18.4328 «Elektronisches Patientendossier. Was gibt es noch zu tun bis zu seiner flächendeckenden Verwendung?»](#) eingereicht. Gemäss Wortlaut des Postulats wird der Bundesrat beauftragt, «Bericht zu erstatten über die für die generelle Einführung des elektronischen Patientendossiers bereits getroffenen Massnahmen und darüber, welche Massnahmen noch zu treffen sind, um die Einführung zu beschleunigen und dessen allgemeine Verwendung zu fördern». Hintergrund für die Einreichung des Postulats ist die Befürchtung, dass die Verbreitung und der Nutzen des EPD – u.a. aufgrund dessen freiwilligen Einführung bei den Leistungserbringern im ambulanten Bereich – unter den Erwartungen bleiben. Es sei deshalb notwendig, möglichst viele Anreize für die freiwillige Verwendung des EPD zu schaffen und den Nutzen des EPDs für die Leistungserbringer im ambulanten Bereich und für alle andern Akteure im Gesundheitswesen aufzuzeigen.

Das Postulat Wehrli 18.4328 wurde am 21. Juni 2019 vom Nationalrat angenommen und anschliessend an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zur Beantwortung überwiesen. Der vorliegende Bericht dient dem BAG als Grundlage zur Beantwortung des nationalrätlichen Postulats.

1.2 Erarbeitung dieses Berichts

Die Informationen und Einschätzungen im vorliegenden Bericht beruhen auf folgendem Vorgehen:

- Die **Informationen zum EPD** in Kap. 2 basieren auf einer Dokumentenanalyse.
- Auch die **Bestandesaufnahme der bereits getroffenen und geplanten Massnahmen** zur Verbreitung des EPD in Kap. 3 beruht auf einer Dokumentenanalyse. Die Ergebnisse dieser Analyse wurden im Rahmen des durchgeführten Stakeholder-Workshops (vgl. Teilnehmendenliste in Anhang A) sowie in einer schriftlichen Konsultation bei den Kantonen und (Stamm-)Gemeinschaften validiert und ergänzt.
- Für die **Auslegeordnung möglicher weiterer Verbreitungsmassnahmen** in Kap. 4 wurden im Juni 2020 im Rahmen eines Workshops mit allen relevanten Stakeholdern (vgl. Teilnehmendenliste in Anhang A) Ideen gesammelt. In Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber und der Begleitgruppe hat EcoPlan anschliessend eine umfassende Liste der wichtigsten möglichen weiteren Massnahmen erstellt. In Experteninterviews (vgl. Liste der Interviewpartner/innen in Anhang B) haben wir die Vollständigkeit dieser Liste überprüft und die

einzelnen Massnahmen vertieft. Für die Erstellung der Auslegeordnung wurden zudem ergänzende Recherchen durchgeführt. Um eine Bewertung der Massnahmen durch die Stakeholder einzuholen, haben wir schliesslich noch eine Online-Befragung durchgeführt, in der die Stakeholder zu jeder Massnahme eine Einschätzung zur erwarteten Effektivität im Hinblick auf die Verbreitung sowie das Ausmass ihrer Zustimmung angeben konnten (vgl. Teilnehmendenliste in Anhang C).

- Für die in Kap. 5 aufbereiteten **internationalen Erfahrungen** aus Deutschland und Österreich wurde zunächst eine Literatur- und Dokumentenanalyse auf den Webseiten der jeweiligen Behörden und Institutionen durchgeführt, die für eHealth verantwortlich sind. Zudem wurde in grauer Literatur sowie wissenschaftlichen Publikationen nach Informationen zu Verbreitungsmassnahmen recherchiert. Da sich der eHealth-Bereich in allen Ländern sehr schnell weiterentwickelt, waren die Informationen aus der Literatur- und Dokumentenrecherche oft veraltet, nicht vollständig oder es waren keine Informationen zu den Verbreitungsmassnahmen in den jeweiligen Ländern auffindbar. Deshalb wurden ergänzend telefonische halbstrukturierte Experteninterviews durchgeführt (vgl. Anhang D für die Liste der Interviewpartner). Die Erfahrungen mit Verbreitungsmassnahmen im Ausland dienen als Inspiration für weitere mögliche Verbreitungsmassnahmen in der Schweiz.

Das EPD kurz erklärt

Das EPD ist ein persönliches **virtuelles Dossier** mit behandlungsrelevanten Informationen, das für Patientinnen und Patienten sowie für zugriffsberechtigte Gesundheitsfachpersonen jederzeit abrufbar ist. In der Anfangsphase wird das EPD primär eine Sammlung von behandlungsrelevanten PDF-Dokumenten sein.

Der **Entscheid über die Eröffnung** eines EPD liegt bei den Patientinnen und Patienten. Sie vergeben auch die **Zugriffsrechte** für die Gesundheitsfachpersonen und allfällige persönliche Stellvertretungen. Gesundheitsfachpersonen ohne Zugriffsrecht können nur in einem medizinischen Notfall auf das EPD zugreifen.

Im EPD sind **Dokumente** gespeichert, die Gesundheitsfachpersonen mit Blick auf die Weiterbehandlung ihrer Patientinnen und Patienten durch andere Gesundheitsfachpersonen als wichtig erachten. Zudem können Patientinnen und Patienten eigene Dokumente (z. B. Schmerz- oder Blutdrucktagebuch) im EPD ablegen und diese den behandelnden Gesundheitsfachpersonen zugänglich machen.

Gesundheitsfachpersonen bzw. -einrichtungen müssen sich einer (Stamm-)Gemeinschaft anschliessen, um am EPD teilnehmen zu können. Während die stationären Leistungserbringer zu einem **Anschluss** an eine zertifizierte (Stamm-)Gemeinschaft verpflichtet sind, ist dies für Leistungserbringer im ambulanten Bereich freiwillig.

Das EPD wird in der Schweiz **dezentral** und etappenweise ab 2021 eingeführt:

- Die (Stamm-)Gemeinschaften als EPD-Anbieter sind regionale Umsetzungsprojekte. Das entspricht dem föderalen Gesundheitssystem der Schweiz.

- Die EPD-Dokumente der Patientinnen und Patienten sind nicht an einem einzigen Ort gespeichert, sondern befinden sich in den dezentralen Ablagen der Gesundheitseinrichtungen, was eine erhöhte Datensicherheit ermöglicht.

2 Einführung des EPD: Das Wichtigste in Kürze

2.1 Stand der EPD-Einführung

Gemäss Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG), das seit dem 15. April 2017 in Kraft ist, müssen Akutspitäler, Reha-Kliniken und stationäre Psychiatrien sich innert drei Jahren einer zertifizierten Stammgemeinschaft anschliessen. Der geplante Einföhrungstermin für das EPD fiel deshalb auf den 15. April 2020.

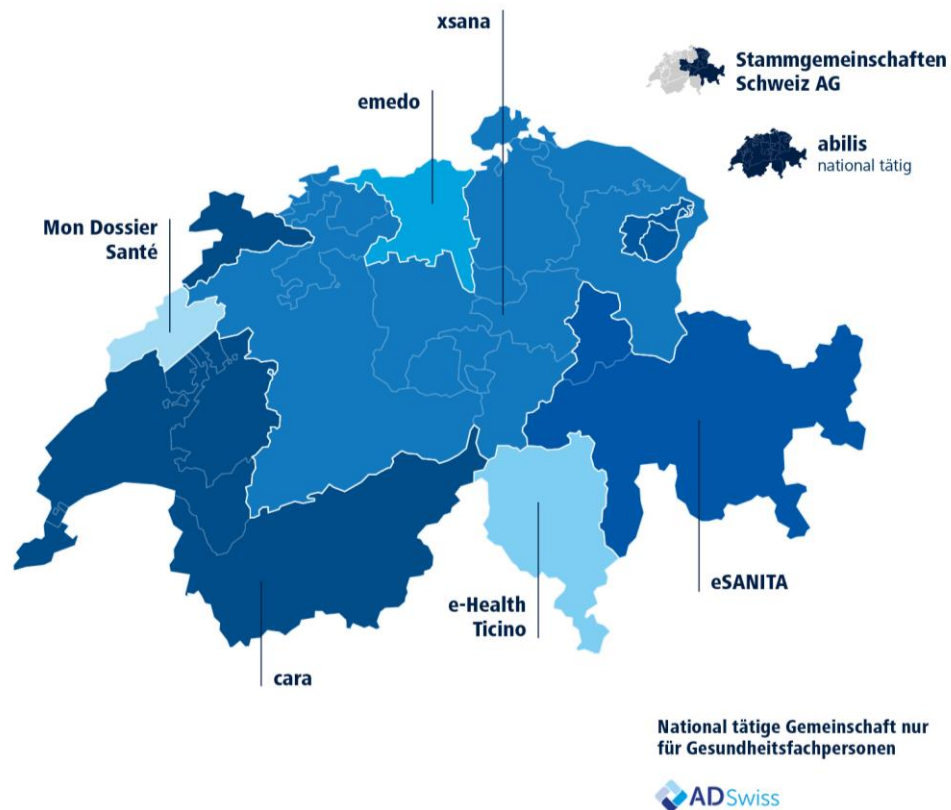
Das Zertifizierungsverfahren für die (Stamm-)Gemeinschaften, die eigentlichen Anbieter des EPD, und die anschliessende Akkreditierung der Zertifizierungsstellen dauert jedoch länger als ursprünglich angenommen. Deshalb wird das EPD im Verlauf des Jahres 2021 schrittweise eingeföhrt.

Der **Zugang** zum EPD ist **schweizweit sichergestellt**: In allen Regionen der Schweiz befinden sich Stammgemeinschaften im Zertifizierungsprozess (vgl. Abbildung 1). Stammgemeinschaften bieten einerseits Gesundheitseinrichtungen wie Spitälern oder Arztpraxen eine Anschlussmöglichkeit ans EPD. Andererseits ermöglichen sie Patientinnen und Patienten ihr persönliches EPD zu eröffnen und mittels einem Patientenportal ihr EPD zu verwalten.

Insgesamt befinden sich neun Stammgemeinschaften und eine Gemeinschaft im Aufbau:

- Acht Stammgemeinschaften haben ein **kantonal bzw. regional** definiertes Einzugsgebiet. Kantonale Stammgemeinschaften kennen die Kantone Aargau, Neuchâtel und Ticino.
- Die Gemeinschaft AD Swiss (nur für Gesundheitsfachpersonen) und die Stammgemeinschaft abilis sind hingegen **national** tätig und fokussieren auf bestimmte Gesundheitsfachpersonen: Bei AD Swiss sind dies die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte und bei Abilis die Apothekerinnen und Apotheker (obwohl sie tatsächlich allen Angehörigen der Gesundheitsberufe im Land offen steht).
- Bei abilis sind dies die Apothekerinnen und Apotheker und bei AD Swiss ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte.

Abbildung 1: Stammgemeinschaften im Aufbau (Stand Dezember 2020)



Quelle: © eHealth Suisse, 21.12.2020

Für die Einführung des EPD ist neben dem **sicheren Zugang**, den die zertifizierten Stammgemeinschaften bieten, eine **sichere Identifizierung** der Patientinnen und Patienten sowie der Gesundheitsfachpersonen unverzichtbar. Das EPDG legt fest, dass es für den Zugriff auf das EPD eine sogenannte Zwei-Faktor-Authentifizierung braucht. Bislang haben zwei Firmen das Zertifizierungsverfahren als Herausgeber von Identifikationsmitteln für das EPD erfolgreich durchlaufen.

2.2 Finanzierung

Der **Aufbau** der (Stamm-)Gemeinschaften ist gemäss der laufenden formativen Evaluation weitestgehend finanziert:²

- Von den Finanzhilfen des Bundes über 30 Mio. CHF, die an die Mitfinanzierung in der gleichen Höhe durch die Kantone oder Dritte gebunden sind, haben alle kantonalen bzw. regionalen Stammgemeinschaften profitiert, die sich jetzt im Zertifizierungsprozess befinden.³ Dabei wurden fünf von heute neun Umsetzungsprojekten mit regionalem Fokus durch die

² Ettlín; Wetz (2019), S. 27

³ BAG (2020)

jeweiligen Standortkantone mitfinanziert. Drei regionale Umsetzungsprojekte erhalten Beiträge Dritter bzw. ihrer Mitglieder für den Aufbau.⁴

- abilis erhält als national tätige Stammgemeinschaft ebenfalls Finanzhilfen des Bundes
- Keine Finanzhilfen des Bundes beantragt hat die auf Gesundheitsfachpersonen ausgerichtete Gemeinschaft AD Swiss.

Hinsichtlich der Finanzierung durch die Kantone können **sprachregionale Unterschiede** festgestellt werden.⁵ In den Westschweizer Kantonen wird das EPD eher als Service-Public wahrgenommen, gekennzeichnet durch eine umfangreiche Aufbaufinanzierung der Stamm-/Gemeinschaften durch den Kanton. Die Deutschschweizer Kantone sind zurückhaltender mit finanzieller Unterstützung.

Diese kantonalen und sprachregionalen Unterschiede werden auch mit Blick auf die Finanzierung des **Betriebs** der (Stamm-)Gemeinschaften relevant bleiben: So werden beispielsweise die Kosten der Stammgemeinschaft cara bis 2022 vollständig durch die Mitgliedskantone übernommen. Anschlussgebühren für die Gesundheitseinrichtungen fallen daher (vorerst) keine an. Der Grossteil der (Stamm-)Gemeinschaften wird ihre Betriebskosten hingegen aus Gebühren (für Zusatzdienste⁶) oder Mitgliederbeiträge der Gesundheitseinrichtungen finanzieren. Dass von den Patientinnen und Patienten Gebühren erhoben werden, ist eher unwahrscheinlich. Es wird angenommen, dass das EPD für die Bevölkerung kostenlos ist.⁷

⁴ Ettlín; Wetz (2019), S. 25

⁵ Ettlín; Wetz (2019), S. 26–27

⁶ Unter Zusatzdiensten wird die gerichtete Kommunikation zwischen Behandelnden verstanden, d.h. mit dem Einverständnis der Patient/innen werden Berichte, Befunde oder Überweisungen nicht nur ins EPD abgelegt (=ungerichtete Kommunikation), sondern direkt digital an andere Behandelnden übermittelt.

⁷ eHealth Suisse (2020b)

2.3 Erwartete Nutzen



2.3.1 Nutzen für die Patientinnen und Patienten

Erhöhung der Patientensicherheit	<p>Wenn relevante Informationen jederzeit für alle von den Patientinnen und Patienten berechtigten Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen zugänglich sind, können gravierende Zwischenfälle, Fehlbehandlungen und Todesfälle vermieden werden.</p> <p>Ein Beispiel dafür ist der Medikationsprozess: Die Stiftung «Patientensicherheit Schweiz» geht davon aus, dass 20'000 Spitalaufenthalte pro Jahr auf medikamentenbedingte Probleme zurückzuführen sind.⁸ Bei der Vermeidung von Medikationsfehlern kann das EPD einen wesentlichen Beitrag leisten, wenn alle Gesundheitsfachpersonen Zugriff auf eine umfassende und aktuelle Medikationsliste haben.</p>
Verbesserung der Behandlungsqualität	<p>Wenn behandlungsrelevante Informationen über eine Person allen am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen zeitnah und ortsunabhängig zur Verfügung stehen, steigt die Qualität der medizinischen Behandlung, weil die getroffenen Massnahmen besser aufeinander abgestimmt sind. Von einem raschen Austausch behandlungsrelevanter Daten profitieren insbesondere chronisch Kranke und Patientinnen und Patienten mit mehrfachen Erkrankungen.</p>
Transparenz in der Behandlung	<p>Dank des EPD erhalten Patientinnen und Patienten nun Einblick in Dokumente, die sie bislang nur auf explizite Nachfrage bei ihrer Gesundheitsfachperson erhalten haben. So können sie nachvollziehen, welche medizinische Behandlung oder pflegerische Massnahme wann und warum durchgeführt wurde.</p> <p>Der Zugriff auf relevante Informationen stärkt zudem die partizipative Entscheidungsfindung von Patienten und Arzt bzw. das sogenannte Shared-Decision-Making.</p>
Förderung der Gesundheitskompetenz	<p>Mit dem EPD entscheiden die Patientinnen und Patienten selbstbestimmt über den Zugang zu ihren Gesundheitsinformationen und übernehmen mit der Vergabe der Zugriffsrechte Mitverantwortung. Dank des EPD können Patientinnen und Patienten jederzeit selbst auf ihre Daten zugreifen und sich dadurch aktiver an den Entscheidungen in Bezug auf ihren Behandlungsprozess beteiligen.</p>
Sichere Dokumentenablage	<p>Wichtige Gesundheitsinformationen können dank dem EPD nicht mehr verlegt werden und nicht verloren gehen, denn die Dokumente sind bei einem zertifizierten EPD-Anbieter sicher gespeichert.</p>

⁸ Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2020)



2.3.2 Nutzen für die Gesundheitsfachpersonen

Vereinfachung der Kommunikation	<p>Mit dem EPD besteht in der Schweiz zum ersten Mal ein einheitlich definierter Kommunikationskanal, über den die wichtigsten Informationen einer Patientin oder eines Patienten abrufbar sind. Der Zugriff auf relevante Informationen ohne Umwege vereinfacht den organisationsübergreifenden Informationsaustausch.</p> <p>Auch die Arzt-Patienten-Kommunikation kann das EPD verbessern, weil das EPD mehr Transparenz schafft und die Patientinnen und Patienten sich aktiver in den Behandlungsprozess einbringen können. Das EPD fördert die gemeinsame Verständigung und damit auch das Shared-Decision-Making.</p>
Verbesserung der Koordination	<p>Das EPD unterstützt die Koordination der Behandlung und verbessert die Zusammenarbeit und den interprofessionellen Austausch unter den Gesundheitsfachpersonen.</p>
Risikoreduktion bei Entscheidungen	<p>Mit dem EPD stehen den Gesundheitsfachpersonen wichtige Informationen ihrer Patientinnen und Patienten digital zur Verfügung. Die Sicherheit einer korrekten Diagnose und Therapie wird dadurch erhöht und das Risiko von Fehlentscheidungen gesenkt.</p>
Verfügbare Informationen im Notfall	<p>In einem medizinischen Notfall kann jemand bewusstlos oder nicht ansprechbar sein. Aber genau in diesem Moment können Informationen wie Allergien, Medikation oder bekannte Krankheiten sehr hilfreich sein. Das EPD erlaubt Ihnen in dieser Ausnahmesituation den Zugriff auch ohne ausdrückliche Zustimmung des Patienten oder der Patientin.</p>
Erhöhung der Effizienz	<p>Dank dem EPD resultiert für Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen ein Zeitgewinn bei der Informationsbeschaffung. Übertrittsberichte, die heute teilweise noch gefaxt oder per Post verschickt werden, sind im EPD schneller und digital verfügbar. So kann das EPD zum Beispiel eine telefonische Rückfrage oder das Anfordern von Dokumenten bei anderen Gesundheitsfachpersonen ersetzen.</p> <p>Eine tiefe prozessuale und technische Integration des EPD ins Primärsystem der Gesundheitseinrichtungen ermöglicht weitere Effizienzgewinne, da Medienbrüche und das händische Hochladen von Dokumenten wegfallen.</p> <p>Diese Effekte dürften sich jedoch erst langfristig positiv auswirken: Die Einführung des EPD ist am Anfang häufig mit zusätzlichem Aufwand verbunden, weil Prozesse und Primärsysteme angepasst werden müssen.</p>

2.3.3 Nutzen für das Gesundheitssystem

Erhöhung der Effizienz

Das EPD können einen Beitrag zu mehr Effizienz leisten, weil Schnittstellen verbessert sowie unnötige oder doppelte Behandlungen vermieden werden können.

Die Kosten für die Einführung des EPD übersteigen in den ersten Jahren aber voraussichtlich die Effizienzgewinne.⁹ Mit Blick auf einen Beitrag des EPD zur Kostendämpfung im Gesundheitssystem sind daher lange Zeithorizonte zu berücksichtigen.

2.4 Längerfristige Herausforderungen

Seit 2017 läuft eine formative Evaluation zur Umsetzung des EPDG. In den vorliegenden Arbeitsberichten sind folgende Herausforderungen dokumentiert, die über den Einführungszeitpunkt hinaus aktuell und für die Verbreitung des EPD relevant sein dürften:¹⁰

- **Freiwilligkeit der Teilnahme für die ambulanten Leistungserbringer:** Für die Verbreitung und Nutzung des EPD ist die Teilnahme der ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen zentral. Die Bereitschaft zur Teilnahme am EPD seitens der Spitex und der Apotheken scheint gross, weil diese Akteure mit dem EPD eigene Vorteile verbinden: Für die Spitex ist ein schnellerer Zugang zu relevanten Gesundheitsinformationen wichtig und die Apotheken hoffen, mit dem EPD ihre Positionierung bei der Bevölkerung zu verstärken.¹¹ In der Berufsgruppe der Hausärztinnen und Hausärzte ist diese Bereitschaft hingegen weniger ausgeprägt. Der unmittelbare Nutzen für die eigene Praxis ist nicht für alle gleichermassen sichtbar.
- **Anschlussmöglichkeiten für die Bevölkerung:** Für die Beteiligung der Bevölkerung am EPD ist relevant, wie und wo die Eröffnung eines EPD möglich sein wird. Hierzu wird es gemäss Evaluation in den Stammgemeinschaften voraussichtlich unterschiedlich nieder- bzw. hochschwellige Lösungen geben (u.a. Akutspitäler, Apotheken, Poststellen). Zudem scheint die Finanzierungsfrage für den Eröffnungsprozesses noch nicht für alle Akteure zufriedenstellend geklärt.¹²
- **Fehlende Integration des EPD in die Klinik- und Praxisinformationssysteme (KIS/PIS):** Es wird angenommen, dass das EPD anfänglich bei rund 3/4 der stationären Gesundheitseinrichtungen nur via ein Web-Portal zugänglich sein wird.¹³ Damit ist die Nutzung des EPD im Arbeitsalltag erschwert, weil für die Gesundheitsfachpersonen ein Zusatzaufwand anfällt. Nur eine tiefe Integration des EPD in die KIS und PIS ermöglicht es, dass der Datenaustausch zwischen dem EPD und dem Primärsystem quasi automatisch abläuft.

⁹ eHealth Suisse (2010)

¹⁰ Ettlín; Wetz (2019)

¹¹ Ettlín; Wetz (2019), S. 35

¹² Ettlín; Wetz (2019), S. 34–35

¹³ Ettlín; Wetz (2019), S. 38–39

- **Finanzierung der Weiterentwicklung und des Betriebs der (Stamm-)Gemeinschaften:** Die langfristige Finanzierung der Weiterentwicklung und des Betriebs wird gemäss Evaluation von vielen Expertinnen und Experten als Herausforderung taxiert: Einige erwarten, dass die Kosten höher ausfallen könnten als angenommen. Andere zweifeln, dass sich ab Beginn rentable Geschäftsmodelle mit nutzenbringenden Zusatzdiensten¹⁴ umsetzen lassen, für welche die Gesundheitseinrichtungen bzw. Gesundheitsfachpersonen bereit sind zu bezahlen. Erschwerend für solche Geschäftsmodelle dürfte der Umstand sein, dass gemäss der aktuellen Gesetzgebung die technische Infrastruktur der EPD-Stammgemeinschaften, die technischen Komponenten des Bundes sowie die Patientenidentifikationsnummer nicht für Zusatzdienste genutzt werden können.
- **Identifikationsmittel für Patient/innen und Gesundheitsfachpersonen:** Die Kosten der bislang auf dem Markt verfügbaren Identifikationsmitteln (von zwei zertifizierten Herstellern) sind gemäss Aussagen mehrerer (Stamm-)Gemeinschaften unrealistisch hoch. Derart hohe Kosten müssten sie auf die Patient/innen und Gesundheitsfachpersonen überwälzen werden, was einen negativen Einfluss auf die Verbreitung und Nutzung des EPD hätte.¹⁵

¹⁴ Unter Zusatzdiensten wird die gerichtete Kommunikation zwischen Behandelnden verstanden, d.h. mit dem Einverständnis der Patient/innen werden Berichte, Befunde oder Überweisungen nicht nur ins EPD abgelegt (=ungerichtete Kommunikation), sondern direkt digital an andere Behandelnden übermittelt.

¹⁵ Ettlín; Wetz (2019), S. 38

3 Bestandsaufnahme der bereits getroffenen und geplanten Massnahmen zur Verbreitung des EPD

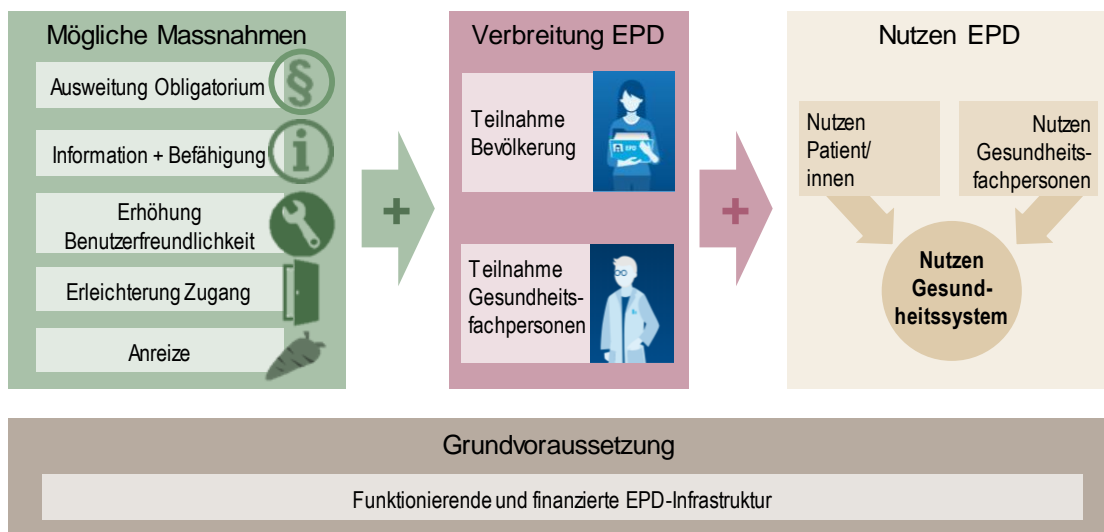
3.1 Verbreitung des EPD: Warum und wie?

Mit der Einführung des EPD ab 2021 ist noch nicht sichergestellt, dass das EPD auch von vielen Patient/innen und Gesundheitsfachpersonen verwendet wird. Der erwartete Nutzen des EPD kann aber nur realisiert werden, wenn das EPD auch effektiv genutzt wird. Hierzu braucht es Patientinnen und Patienten, die ein EPD eröffnen und ihren Gesundheitsfachpersonen Zugriffsrechte erteilen sowie Gesundheitsfachpersonen, die das EPD einsehen und selbst behandlungsrelevante Dokumente ablegen. Nach erfolgter Einführung muss deshalb die Verbreitung des EPD gefördert werden. Dies kann mittels **Massnahmen** in folgenden Bereichen erfolgen:

- Ausweitung des Obligatoriums für Gesundheitseinrichtungen
- Information und Befähigung
- Benutzerfreundlichkeit und Zugang
- Anreize

Abbildung 2 illustriert die erwarteten Zusammenhänge. Die **Grundvoraussetzung** für die Verbreitung des EPD ist eine funktionierende und nachhaltig finanzierte EPD-Infrastruktur. Deshalb sind für die Verbreitung des EPD auch Massnahmen relevant, die dies gewährleisten.

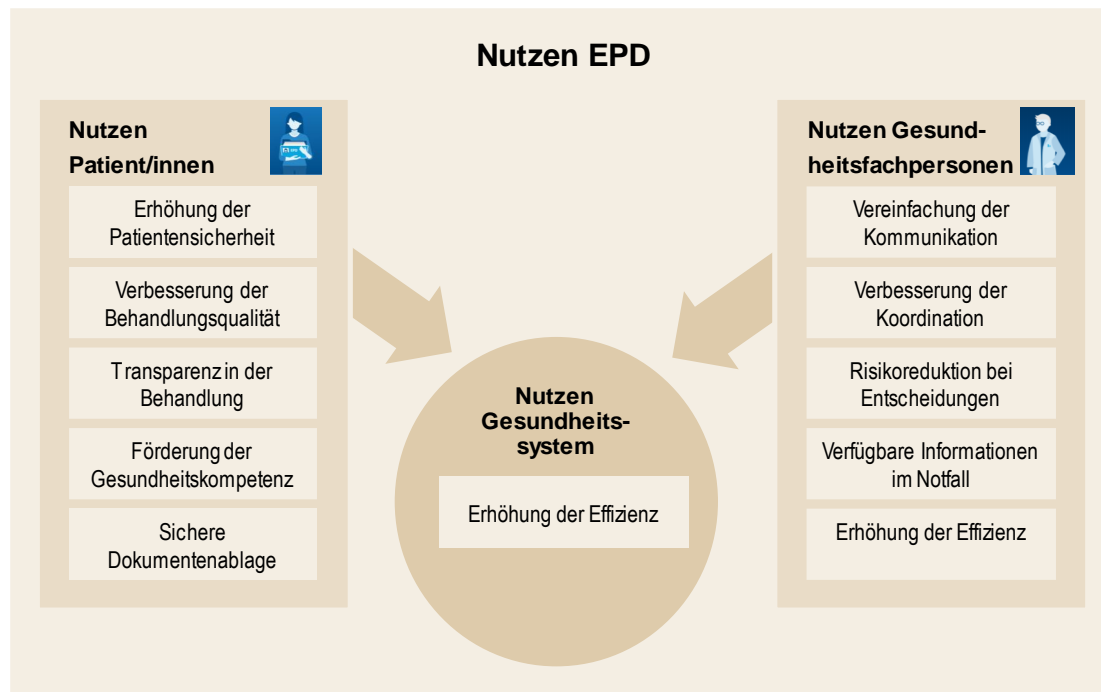
Abbildung 2: Verbreitung des EPD: Logisches Modell



Quelle: Eigene Darstellung

In Abbildung 3 sind die Nutzen des EPD noch im Detail dargestellt.

Abbildung 3: Nutzen des EPD im Detail







Quelle: Eigene Darstellung

3.2 Nationale Ebene

a) Massnahmen im Überblick

Auf nationaler Ebene sind folgende Massnahmen zur Verbreitung des EPD **bereits getroffen** worden oder in Planung:

Fokus	Massnahmen
Ausweitung Obligatorium	 B-1 Aufhebung der Freiwilligkeit für ausgewählte Gesundheitsfachpersonen im ambulanten Bereich
Information + Befähigung	 B-2 Website und weitere Informationsmaterialien für die Bevölkerung und Gesundheitsfachpersonen
	B-3 Nationale Informationskampagne für die Bevölkerung und Gesundheitsfachpersonen
Erhöhung Benutzerfreundlichkeit	 B-4 Festlegung verbindlicher Austauschformate für den (freiwilligen) strukturierten Informationsaustausch
Anreize	 B-5 Anbindung von mHealth-Anwendungen ans EPD

b) Massnahmen im Detail

Untenstehend sind zu den einzelnen Massnahmen weiterführende Informationen ausgeführt. Dabei wird u.a. auch aufgezeigt, an welche **Zielgruppe** sich die Massnahmen richten:





Bevölkerung






Gesundheitsfachpersonen

Bildquelle: © eHealth Suisse

Massnahme B-1: Aufhebung der Freiwilligkeit für ausgewählte Gesundheitsfachpersonen im ambulanten Bereich	
Fokus: Ausweitung Obligatorium 	Zielgruppe: 
Status: geplant	
Umsetzung: Parlament	

Aus der parlamentarischen Beratung des [BR-Geschäfts 18.047 «KVG. Zulassung von Leistungserbringern»](#) dürfte gemäss dem aktuellen Stand der Beratungen resultieren, dass für Ärztinnen und Ärzte, die neu zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen werden wollen, der Anschluss an eine (Stamm-)Gemeinschaft neu obligatorisch wird. Damit würde die Freiwilligkeit im ambulanten Bereich zumindest teilweise eingeschränkt.

Darüber hinaus hat der Nationalrat am 26.09.2019 die [Motion 19.3955 «Ein elektronisches Patientendossier für alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen»](#) der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-NR) angenommen, die den Bundesrat beauftragt, die gesetzlichen Grundlagen auszuarbeiten, damit alle Gesundheitsfachpersonen verpflichtet werden, sich einer zertifizierten (Stamm-)Gemeinschaft anzuschliessen. Die Beratung im Ständerat steht noch bevor. Es ist also möglich, dass die Aufhebung der Freiwilligkeit im ambulanten Bereich künftig noch weitergehen dürfte (vgl. hierzu [Massnahme N-1](#) in Kap. 4.1.1).


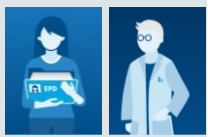
Massnahme B-2: Website und weitere Informationsmaterialien	
Fokus: Information + Befähigung 	Zielgruppe:  
Status: bereits getroffen + geplant	
Umsetzung: eHealth Suisse ¹⁶	

Seit dem Inkrafttreten des EPDG übernimmt eHealth Suisse Vollzugsaufgaben im Bereich der Informationstätigkeit (Art. 15 EPDG). Bislang hat eHealth Suisse folgende Informationsmaterialien erarbeitet:



¹⁶ eHealth Suisse ist die Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen.

Typ	Inhalt / Titel	Sprachen
Website www.patientendossier.ch	Informationen für die Bevölkerung	Deutsch, Französisch, Italienisch, Rätoromanisch, Englisch
	Informationen für Gesundheitsfachpersonen	
Publikationen	Kurzinformationen für die Bevölkerung	Deutsch, Französisch, Italienisch, Rätoromanisch, Englisch, Spanisch, Portugiesisch, Albanisch, Türkisch, Serbokroatisch
	Ausführliche Informationsbroschüre für die Bevölkerung	Deutsch, Französisch, Italienisch
	Kurzinformationen für die Gesundheitsfachpersonen	Deutsch, Französisch, Italienisch, Rätoromanisch, Englisch
	Ausführliche Informationsbroschüre für die Gesundheitsfachpersonen	Deutsch, Französisch, Italienisch
	Leitfaden für Bildungsverantwortliche: eHealth-Themen für Gesundheitsfachpersonen	Deutsch, Französisch
Plakate	Plakat «Das EPD im Überblick»	Deutsch, Französisch, Italienisch
	Plakate «Das EPD im Einsatz» mit anschaulichen Beispielen für den EPD-Nutzen im Alltag	Deutsch, Französisch, Italienisch
Erklärfilme	EPD – Information für die Bevölkerung	Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch
	EPD – Information für Gesundheitsfachpersonen	Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch
	Das EPD für die ganze Familie	Deutsch, Französisch, Italienisch
	Das EPD für die ganze Schweiz	Deutsch, Französisch, Italienisch
	Mehrere Erkrankungen - ein EPD	Deutsch, Französisch, Italienisch
	Wie sicher ist das EPD?	Deutsch, Französisch, Italienisch
	Wie wird ein Zugriffsrecht erteilt?	Deutsch, Französisch, Italienisch
	Im Notfall zur Stelle - das EPD im Einsatz	Deutsch, Französisch, Italienisch
Die Medikamente im Überblick - das EPD im Einsatz	Deutsch, Französisch, Italienisch	

Der Kommunikationsplan zur Einführung des EPD sieht bis Ende 2020 die Erstellung eines Faltplyers EPD sowie weiterer Erklärvideos vor. Zudem wird die Website www.patientendossier.ch mit einer Übersicht und den Profilen der EPD-Anbieter (= (Stamm-)Gemeinschaften) ergänzt.

Massnahme B-3: Nationale Informationskampagne	
Fokus: Information + Befähigung 	Zielgruppe: 
Status: geplant	
Umsetzung: BAG / eHealth Suisse	



Um der Bevölkerung und den Gesundheitsfachpersonen den Mehrwert des EPD aufzuzeigen und das Vertrauen in das EPD zu erhöhen, plant eHealth Suisse nach abgeschlossener Einführung des EPD eine nationale Informationskampagne durchzuführen. Aufgrund der gestaffelten Einführung und der dezentralen Umsetzung des EPD wird die Kampagne in den verschiedenen Regionen der Schweiz inhaltlich und zeitlich unterschiedlich ausgestaltet sein. Anfänglich werden die Kampagnenmassnahmen eher minimal sein. Die Kampagne soll auf nationaler Stufe intensiviert werden, sobald die ersten Anfangsschwierigkeiten überwunden sind. Die Kantone sollen die nationale Kampagne mit regionalen Aktivitäten unterstützen und verstärken.

Massnahme B-4: Festlegung verbindlicher Austauschformate für den (freiwilligen) strukturierten Informationsaustausch	
Fokus: Benutzerfreundlichkeit 	Zielgruppe: 
Status: geplant	
Umsetzung: eHealth Suisse / BAG / EDI	

In der ersten Phase der Einführung des EPD können behandlungsrelevante Daten als PDF-Dokumente im EPD erfasst werden. Die Benutzerfreundlichkeit des EPD dürfte aber zunehmen, wenn strukturierte medizinische Daten in Form sogenannter Austauschformate *automatisch* zwischen verschiedenen Primärsystemen der Gesundheitsfachpersonen ausgetauscht werden können. Damit nicht verschiedene Formen strukturierter medizinischer Information eingesetzt werden, die untereinander nicht interoperabel sind, wird künftig im Anhang 4 der Verordnung des EDI vom 22. März 2017 über das elektronische Patientendossier (EPDV-EDI; SR 816.111) verbindlich festgelegt, welche Austauschformate bei einem strukturierten Informationsaustausch zu verwenden sind.

eHealth Suisse und BAG erachten die Anwendungsfälle eMedikation und elmpfdossier als prioritär für die Festlegung verbindlicher Austauschformate. Die Planung der Weiterentwicklung des EPD erfolgt jedoch durch die neue Arbeitsgruppe «Steuerung Weiterentwicklung» von eHealth Suisse. Diese Arbeitsgruppe mit Beteiligung BAG, (Stamm-)Gemeinschaften und GDK bestimmt auch die prioritären Austauschformate. Danach erarbeiten medizinische Fachpersonen und Expert/innen für die semantische Standardisierung von medizinischer Information die fachlichen Grundlagen. Schliesslich werden die Austauschformate von eHealth Suisse im Hinblick auf die rechtliche Verankerung ans BAG übergeben.¹⁷

¹⁷ Eidgenössisches Departement des Innern EDI (2017)

Massnahme B-5: Anbindung von mHealth-Anwendungen ans EPD	
Fokus: Anreize 	Zielgruppe: 
Status: geplant	
Umsetzung: eHealth Suisse / BAG / EDI	

Gesundheits-Apps boomen und viele Menschen erfassen mit ihrem Mobiltelefon oder ihrer Smartwatch (teilweise ergänzt mit Messgeräten) eigene Gesundheitsdaten. Wenn die Bevölkerung die Möglichkeit hat, die Daten aus mHealth-Anwendungen («mobile Health») in ihrem EPD zu erfassen, kann dies die Attraktivität des EPD fördern.

Ob Gesundheitsfachpersonen diese selbsterfassten Daten für den Behandlungsprozess sinnvoll nutzen können, ist offen, da hierfür noch wenig wissenschaftliche Evidenz besteht. Die selbst erfassten Daten der Patientinnen und Patienten sind im EPD aber als solche erkennbar und abgegrenzt. Entsprechend sollte sich die Integration von mHealth-Anwendungen nicht negativ auf die Benutzerfreundlichkeit des EPD für die Gesundheitsfachpersonen auswirken.

Ein Grobkonzept zur Anbindung von mHealth-Anwendungen liegt bereits vor.¹⁸ Im Wesentlichen soll die Anbindung von mHealth-Anwendungen über ein Mobile Access Portal erfolgen, das lokal in die Plattform der Stammgemeinschaften eingebaut wird. Die Überführung der konzeptuellen Arbeiten ins Ausführungsrecht und die damit verbundene Aktualisierung der Zertifizierungsvoraussetzungen für (Stamm-)Gemeinschaften ist in Planung.




¹⁸ Bignens; Egger (2019)

3.3 Kantone

Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren GDK hat im Frühjahr 2020 bei den Kantonen eine Befragung zu den Aktivitäten der Kantone im Bereich eHealth und EPD durchgeführt.¹⁹ Die nachfolgenden Informationen beruhen auf dem Auswertungsbericht zu dieser Befragung und wurden gestützt auf eine schriftliche Validierung bei den Kantonen im September/Oktober 2020 ergänzt. Diese Zusammenstellung gibt einen Einblick in die in den Kantonen bereits getroffenen und geplanten Massnahmen zur Verbreitung des EPD.



a) Massnahmen im Überblick

Auf kantonaler Ebene sind folgende Massnahmen zur Verbreitung des EPD bereits getroffen worden oder in Planung:

Fokus	Massnahmen
Information + Befähigung 	B-6 Kommunikationsmassnahmen für die Bevölkerung
Anreize 	B-7 Übernahme der Kosten für die elektronischen Identitäten B-8 Förderung der Eröffnung von EPDs
Finanzierung EPD-Infrastruktur 	B-9 Befristete Kantonsbeiträge an den Betrieb von Stammgemeinschaften

b) Massnahmen im Detail

Untenstehend sind zu den einzelnen Massnahmen der Kantone weiterführende Informationen ausgeführt.

Massnahme B-6: Kommunikationsmassnahmen für die Bevölkerung	
Fokus: Information + Befähigung 	Zielgruppe: 
Status: teilweise geplant	

Umsetzung in der Deutschschweiz: AG, BS, GR, SG, SZ, ZG




Umsetzung in der lateinischen Schweiz: FR, GE²⁰, JU, NE, TI²¹, VS²², VD

¹⁹ Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2020)

²⁰ Der Kanton GE plant eine Kommunikationskampagne, die sich an die Gesundheitsfachpersonen und Patientinnen und Patienten richtet. Vor allem an alle Personen, die heute die Plattform MonDossierMedical.ch nutzen, um sie über den Übergang zum EPD und zur Stammgemeinschaft CARA zu informieren.

²¹ Arbeitet hierfür mit den Patientenorganisationen des Tessins zusammen.

²² Um eine allmähliche Erhöhung der Patientenzahl zu gewährleisten, wird der Kanton Wallis seine Kommunikations- und Rekrutierungsbemühungen zunächst auf die Patient/innen konzentrieren, die den grösstmöglichen Nutzen aus der EPD ziehen, d.h. auf polymorbide Patient/innen (ältere Menschen, Menschen mit chronische Krankheiten, multimorbide Menschen).



Massnahme B-7: Übernahme der Kosten für die elektronischen Identitäten	
Fokus: Anreiz 	Zielgruppe:  
Status: vereinzelt geplant	

Umsetzung in der Deutschschweiz:

- AG übernimmt die Kosten vorübergehend.
- SG wird die Kosten einer elektronischen Identität übernehmen, sofern diese für alle Behördenprozesse i.S. des eGovernment verwendet werden kann. Eine elektronische Identität, die ausschliesslich im EPD-Kontext freiwillig eingesetzt wird, ist aus kantonaler Sicht finanziell nicht förderungswürdig.
- TI plant die Kosten zu übernehmen, die für die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit der elektronischen Identität entstehen.

Umsetzung in der lateinischen Schweiz:

- GE, JU und VD planen die Zertifizierung einer eigenen kantonalen elektronischen Identität und werden die Kosten hierfür übernehmen.
- NE und VS werden die Kosten für die Patient/innen übernehmen, aber nicht für die Gesundheitseinrichtungen/-fachpersonen.

Massnahme B-8: Förderung der Eröffnung von EPDs	
Fokus: Anreiz 	Zielgruppe: 
Status: vereinzelt geplant	


Umsetzung in der Deutschschweiz:

- GR hat dem Parlament die Förderung der Eröffnung beantragt.
- NW wird sich evtl. finanziell an der Eröffnung von individuellen EPDs beteiligen.

Umsetzung in der lateinischen Schweiz:

- indirekte Förderung via Betriebsbeiträge an die Stammgemeinschaften (vgl. Massnahme B-9).
- VS wird zunächst vier bis fünf EPD-Eröffnungsstellen an den Standorten der Walliser Spitäler finanzieren. Zurzeit wird diskutiert, ob in begrenztem Umfang auch Eröffnungen von EPDs in Alters- und Pflegeheimen sowie Apotheken finanziert werden sollen.

Die Grundvoraussetzung für die Verbreitung des EPD ist eine funktionierende und finanzierte EPD-Infrastruktur. Verschiedene Kantone planen daher, die (Stamm-)Gemeinschaften in ihrem Einzugsgebiet über die Aufbauphase hinaus (zumindest in den ersten Betriebsjahren) finanziell unterstützten.



Massnahme B-9: Befristete Kantonsbeiträge an den Betrieb von Stammgemeinschaften	
Fokus:	Finanzierung EPD-Infrastruktur
Status:	vereinzelt geplant
Zielgruppe:	

Umsetzung in der Deutschschweiz: AG, BE²³

Umsetzung in der lateinischen Schweiz: FR, GE²⁴, JU, NE, VS²⁵, VD

3.4 (Stamm-)Gemeinschaften

Die nachfolgenden Informationen zu den bereits getroffenen bzw. geplanten Massnahmen der (Stamm-)Gemeinschaften zur Verbreitung des EPD basieren primär auf einer Webrecherche, die im Frühjahr 2020 durchgeführt wurde. Im September/Oktober 2020 wurden die Informationen gestützt auf eine schriftliche Validierung bei den (Stamm-)Gemeinschaften ergänzt.

Massnahme B-10: Massnahmen zur Befähigung der Bevölkerung	
Fokus:	Information + Befähigung 
Status:	teilweise geplant
Zielgruppe:	

Die (Stamm-)Gemeinschaften haben zur Bedeutung von Befähigungsmassnahmen unterschiedliche Einschätzungen: Am Swiss eHealth Forum 2020 sind (Stamm-)Gemeinschaften aufgetreten, die davon ausgehen, dass der Erklärungsbedarf sehr hoch ist und andere, die propagieren, dass die Bevölkerung fähig ist, sofern sie einen Nutzen sieht. Entsprechend unterschiedlich dürfte das Engagement der (Stamm-)Gemeinschaften im Bereich der Befähigung ausfallen.^{26,27}

Zu den konkret geplanten Befähigungsmassnahmen der (Stamm-)Gemeinschaften sind bislang kaum Informationen publiziert. Eine Massnahme, die gemäss Art. 20 der Verordnung über

²³ Der Kanton Bern engagierte sich mit rund 2.6 Mio. Franken beim Aufbau der Stammgemeinschaft XAD. Als Überbrückungsfinanzierung zur Sicherstellung der Liquidität der Axsana AG wurde die Gewährung eines Darlehens des Kantons Bern beschlossen.

²⁴ Im Kanton GE sind die Beiträge nicht befristet.

²⁵ Im Kanton VS sind die Beiträge nicht befristet.



²⁶ Lüttsch (2020)

²⁷ Eglin (2020)

das elektronische Patientendossier (EPDV; SR 816.11) alle Stammgemeinschaften erfüllen müssen, ist die Einrichtung einer **Kontaktstelle** für Patientinnen und Patienten.

Nur vereinzelt liegen Informationen zu weiterführenden Angeboten vor:

- Die Stammgemeinschaft eHealth Aargau plant für die Befähigung mit Dritten zusammenzuarbeiten.²⁸
- Die Stammgemeinschaft Südost plant eine Webseite mit Informations- und Schulungsmaterial sowie analoge Schulungsangebote, setzt auf die Anwenderfreundlichkeit des EPD-Portals durch die Plattform-Anbieterin Post, bindet Patientenorganisationen, Gesundheitsligen und Fachverbände etc. ein und plant ein Gesundheitsportal mit Patientenservices.²⁹
- xsana (XAD Stammgemeinschaft) betreibt eine Webseite, die nach dem Start des EPD die Bevölkerung über das EPD informiert und kontinuierlich ausgebaut wird.
- MonDossierSanté (eHealth NE): Wird fortwährend die Webseite mit Informationen zum Eröffnungsprozess eines EPD und mit Schulungsmaterialien aktualisieren. Es wird ein Kommunikationsplan erarbeitet, bestehend aus Broschüren und verschiedenen Kommunikationsmitteln (Presse, soziale Netzwerke und öffentliche Werbeflächen usw.).



Massnahme B-11: Massnahmen zur Befähigung der Gesundheitsfachpersonen	
Fokus:	Information + Befähigung 
Status:	geplant
Zielgruppe:	

Gemäss dem Informationsstand von eHealth Suisse haben verschiedene (Stamm-)Gemeinschaften schon Schulungskonzepte erarbeitet. Es sind auch bereits erste Schulungen erfolgt. Bei den Stammgemeinschaften, die die Post als Plattformanbieter haben, ist auch die Post bei den Schulungen involviert.

- xsana (XAD Stammgemeinschaft) hat ein Schulungskonzept, das alle notwendigen EPD-Rollen abdeckt und mit digitalen Schulungsmodulen (Webbasierte Trainings) umgesetzt wird.
- MonDossierSanté (eHealth NE) beabsichtigt Befähigungsmassnahmen über folgende Multiplikatoren zu initiieren: Zugangspunkte der 31 Gemeinden des Kantons, Netz der Gesundheitsdienstleistenden (Apotheker, Ärzt/innen usw.) und Gesundheitseinrichtungen (Spitäler, Kliniken, Alters- und Pflegeheime).

²⁸ Lütschg (2020)



²⁹ Eglin (2020)

Massnahme B-12: Breites und niederschwelliges Angebot an Eröffnungsstellen	
Fokus: Zugang 	Zielgruppe: 
Status: teilweise geplant	

Wo die Bevölkerung künftig ein EPD eröffnen kann, haben bislang nur wenige Stammgemeinschaften mitgeteilt. Das Angebot an Eröffnungsstellen wird bei der Einführung teilweise voraussichtlich noch bescheiden sein, soll dann aber schrittweise ausgebaut werden.

- Die Stammgemeinschaft Südost hat ihr geplantes Angebot an Eröffnungsstellen publik gemacht hat. Sie plant in ihrem Einzugsgebiet 40 Eröffnungsstellen für die kostenlose und gleichzeitige Registration für EPD und elektronische Identitäten: rund 20 davon in Spitälern und Kliniken für die Patienten und rund 20 weitere in regionalen Post-Filialen für die Bevölkerung. 30 Eröffnungsstellen liegen im Kanton GR, die übrigen 10 liegen in den Kantonen AI, AR, GL und SG.³⁰
- cara plant folgende Möglichkeiten zur Eröffnung der EPDs: 1. elektronisch über die cara-Webseite und 2. physisch in ihrem Hauptsitz in Lausanne und bei Leistungserbringern insb. in Spitälern. Das Vorgehen beim Bezug der elektronischen Identität ist von den Mitgliedskantonen von cara abhängig. In einigen Kantonen wird es möglich sein, eine elektronische Identität von angeschlossenen Gesundheitsdienstleistern zu erhalten, während in anderen Kantonen die Patient/innen elektronische Identität bei einer öffentlichen Verwaltung beziehen müssen.
- xsana (XAD-Stammgemeinschaft) setzt auf digitale EPD Eröffnung, vor allem in Zusammenarbeit mit den Apotheken.

3.5 Verbände von Gesundheitseinrichtungen / Gesundheitsfachpersonen

Massnahme B-13 Massnahmen zur Befähigung der Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen	
Fokus: Information + Befähigung 	Zielgruppe: 
Status: bereits getroffen + geplant	

Die Dachverbände der stationären Gesundheitseinrichtungen unternehmen verschiedene Massnahmen, um Informationen zum EPD auf Ebene der Leitungspersonen von Gesundheitseinrichtung wie auch auf Ebene der Gesundheitsfachpersonen in der Praxis zu verbreiten:

- H+Bildung hat ein Seminar zum Thema «[Datenschutz und elektronisches Patientendossier im Spitalalltag](#)» im Angebot.
- Curaviva vermittelt Grundlagenwissen im Rahmen eines [Impulstages](#) und hat einen [Leitfaden zur Einführung des EPD in Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf](#) erstellt. Der Leitfaden vermittelt Leitungspersonen und Entscheidungsträgern das nötige Wissen, damit sie die Handlungsoptionen im Kontext des EPD und das damit verbundene Potenzial für ihren Betrieb einschätzen können.

³⁰ Patt (2020)

4 Auslegeordnung möglicher weiterer Massnahmen zur Verbreitung des EPD

Nachfolgend werden die wichtigsten möglichen weiteren Massnahmen zur Verbreitung des EPD beschrieben und beurteilt. Für die Leserschaft ist es wichtig zu wissen, dass es sich hierbei **nicht** um eine **Auswahl empfohlener Massnahmen** handelt, sondern um eine **Auslegeordnung möglicher Massnahmen**, die von den Stakeholdern immer wieder (an)diskutiert werden. Die aufgeführten Massnahmen umfassen nicht nur Massnahmen des Bundes, sondern Massnahmen unterschiedlicher Akteure.

Aber nur bei den **Massnahmen des Bundes** enthält die Beschreibung auch folgende Informationen:

- Rechtlicher Anpassungsbedarf auf Ebene Bund
- Einschätzungen zur rechtlichen Umsetzbarkeit der BAG-Juristen
- Kostenfolgen für den Bund (nach Einführung der Massnahme)

Im Anschluss an die Beschreibung der Massnahme folgt jeweils eine Beurteilung aus Sicht der Stakeholder sowie aus Sicht der Autorinnen dieses Berichts.

4.1 Ausweitung Obligatorium

4.1.1 Massnahme N-1: Freiwilligkeit im ambulanten Bereich mit einer Übergangsfrist aufheben

Akteur/e:	Bund
------------------	-------------

Um was es geht

Während stationäre Gesundheitsreinrichtungen (Spitäler, Pflegeheime, Geburtshäuser) verpflichtet sind, sich einer zertifizierten (Stamm)Gemeinschaft anzuschliessen, haben Gesundheitsfachpersonen im ambulanten Bereich die freie Wahl. Die Idee dieser Massnahme ist es, die Verbreitung des EPD massgeblich zu fördern, indem diese Inkongruenz beseitigt wird und das EPD zukünftig auch für alle Gesundheitsfachpersonen im ambulanten Bereich obligatorisch wird. Längere Übergangsfristen sollen vermeiden, dass Gesundheitsfachpersonen kurz vor der Pensionierung noch eine elektronische Krankengeschichte einführen und sich am EPD beteiligen müssen.

Zur Erinnerung: Der Gesetzgeber hatte sich aus politischen Gründen für die Freiwilligkeit im ambulanten Bereich entschieden, weil die FMH zum Zeitpunkt der Beratung des EPDG ein Referendum angekündigt hatte, sollte das EPD für die niedergelassenen Ärzte obligatorisch werden.

Mit der [Motion 19.3955](#) der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 04.07.2019 wurde der Bundesrat beauftragt, die gesetzliche Grundlage im KVG (via Regelungen zur Zulassung von Leistungserbringern) auszuarbeiten, um die doppelte Freiwilligkeit aufzuheben. Die Motion wurde im September 2019 vom BR mit folgender Begründung abgelehnt: Mit der Aufhebung der Freiwilligkeit im ambulanten Bereich bei der *Neuzulassung* ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzten wurde bereits ein Schritt in die gewünschte Richtung gemacht. Diese dürfen nämlich nur noch dann zur Abrechnung zulasten der obligatorischen

Krankenpflegeversicherung zugelassen werden, wenn sie sich einer (Stamm-)Gemeinschaft nach EPDG angeschlossen haben. Für bereits zugelassene Ärztinnen und Ärzte sowie andere Gesundheitsfachpersonen (z.B. ambulante Pflege, Physiotherapie, Psychologie, siehe [Geschäft Nr. 18.047](#)) gilt jedoch nach wie vor die Freiwilligkeit. Zunächst – so der BR – sollen Erfahrungen mit dem EPD gesammelt werden, danach kann ein Obligatorium für alle ambulanten Gesundheitsfachpersonen geprüft werden.

Umsetzung

Der **Bund** müsste alle Gesundheitsfachpersonen im ambulanten Bereich, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen wollen, verpflichten, sich einer (Stamm-)Gemeinschaft nach EPDG anzuschliessen (analog der Regelung für die stationären Leistungserbringer).

Auswirkungen auf die Rechtsgrundlagen des Bundes

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | keine Anpassung erforderlich | |
| <input type="checkbox"/> | Änderung auf Verordnungsstufe | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Änderung auf Gesetzesstufe | KVG (SR 832.10) |
| <input type="checkbox"/> | Prüfung der Verfassungskonformität | |

Einschätzungen zur rechtlichen Umsetzbarkeit

Die Aufhebung der Freiwilligkeit der ambulanten Gesundheitsfachpersonen erfolgt über eine Anpassung des KVG (und nicht EPDG).

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

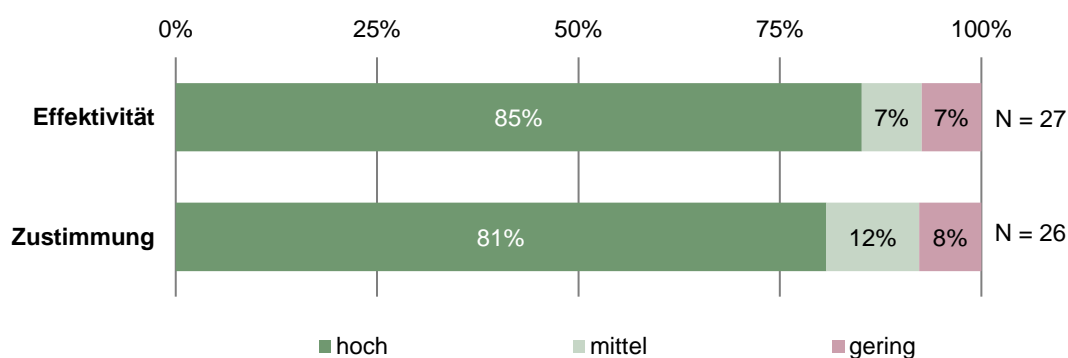
- Fast alle befragten Stakeholder, sprechen sich inhaltlich für die Aufhebung der Freiwilligkeit im ambulanten Bereich aus. Zentral für den Erfolg des EPD ist, dass es von allen Gesundheitsfachpersonen angewendet wird und die behandlungsrelevanten Daten vollständig vorhanden sind. Dies wird dann auch dazu führen, dass Patient/innen vermehrt ein EPD nutzen möchten.
- Einige Stakeholder merken an, dass die Massnahme gegen den Widerstand der FMH nur schwer durchsetzbar ist. Die FMH anerkennt, dass mit der geänderten Zulassungsregelung die doppelte Freiwilligkeit faktisch aufgehoben wurde. Sie hält jedoch im Sinne einer Besitzstandswahrung für die aktuell ambulant praktizierenden Ärztinnen und Ärzte an der doppelten Freiwilligkeit im ambulanten Bereich fest. Nach Meinung der FMH werden die Gesundheitsfachpersonen das EPD breit anwenden, sofern das EPD einen Mehrwert in Punkto Patientensicherheit und Behandlungsqualität bringt, z. B. durch die Integration der eMedikation in das EPD und insbesondere, wenn die Aufwände, die den Gesundheitsfachpersonen mit dem EPD entstehen (vgl. Massnahme N-19), abgegolten werden können.
- Einige betonen, dass ausreichend lange Übergangsfristen für den ambulanten Bereich gelten sollen, damit ältere Ärztinnen und Ärzte nicht noch Zeit und Geld in die Infrastruktur für den EPD-Anschluss investieren müssen.
- Insbesondere von den Ärztinnen und Ärzten wird gefordert, dass im Gegenzug zur Aufhebung der Freiwilligkeit aber die Aufwendungen abgegolten werden müssen, die den Gesundheitsfachpersonen mit dem EPD entstehen.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Bund: Freiwilligkeit für Gesundheitsfachpersonen im ambulanten Bereich mit einer Übergangsfrist aufheben.

Diese Massnahme wird von über 85% der Teilnehmenden der Online-Umfrage als hoch effektiv beurteilt und geniesst bei rund 80% eine hohe Akzeptanz: Mit Blick auf die Effektivität und die Zustimmung befindet sie sich damit nach Massnahme 12 (tiefe Integration der Primärsysteme) auf Platz 2 sämtlicher Massnahmen.



Was spricht dafür?

- Wirkt sich positiv auf Erfolg, Nutzen und Verbreitung des EPD aus
- Hat positive Signalwirkung auf die Patient/innen
- Covid-19 schafft ein «Window of Opportunity» für die Digitalisierung im Gesundheitswesen
- Da ab Juli 2021 bereits alle Ärzt/innen die neu zugelassen werden, sich dem EPD anschliessen müssen, wäre es kohärent die Freiwilligkeit auch für bereits zugelassene Ärzt/innen und weitere Gesundheitsfachpersonen (mit einer Übergangsfrist) aufzuheben

Was spricht dagegen?

- Ohne Anschluss der ambulanten Praxissoftwares (PIS) an das EPD, sprich ohne tiefe Integration entsteht ein Mehraufwand für die Gesundheitsfachpersonen, weil sie behandlungsrelevante Daten in ihrem PIS und im EPD-Portal eingeben müssen
- Zunächst Mehrkosten der ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen, wenn sie ihre PIS direkt an das EPD anschliessen

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Ecoplan beurteilt Massnahme 1 als eine **Top-Massnahme** im Hinblick auf die Verbreitung des EPD. Es ist aus unserer Sicht weder zielführend noch kohärent, dass das EPD für den ambulanten Bereich fakultativ ist, während es für den stationären Bereich obligatorisch ist. Dies spiegelt sich auch in den geführten Interviews und den Ergebnissen der Online-Umfrage wider: Die Stakeholder sind grossmehrheitlich davon überzeugt, dass die Aufhebung der Freiwilligkeit für ambulante Gesundheitsfachpersonen/-einrichtungen eine wirksame Massnahme ist.

Einschätzung: empfehlenswert



4.1.2 Massnahme N-2: Widerspruchslösung für die Bevölkerung einführen

Akteur: Bund

Um was es geht

Um ein EPD zu eröffnen, müssen – gemäss . 3 Abs. 1 EPDG – die Patient/innen nach erfolgreicher Aufklärung explizit in das EPD einwilligen (**Zustimmungslösung**). Für die Einholung der aufgeklärten Einwilligung (informed consent) sind die (Stamm-)Gemeinschaften zuständig.

Im Hinblick auf eine effektive Verbreitung ist die Idee entstanden, die Zustimmungslösung durch eine Widerspruchslösung abzulösen, wie dies z.B. in Österreich der Fall ist (vgl. Kap. 5.2.1). Dies würde bedeuten, dass für alle Versicherten automatisch ein EPD generiert würde. Die Versicherten bzw. Patient/innen hätten jedoch jederzeit die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen bzw. aus dem EPD wieder auszutreten (**Widerspruchslösung** auch **Opt-Out-Modell** genannt). Insgesamt hätten dann mehr Menschen ein EPD, weil diese aktiv werden müssten, um kein EPD zu haben, während sie mit der Zustimmungslösung aktiv werden müssen, damit sie ein EPD bekommen.³¹

Umsetzung

Der **Bund** müsste im EPDG die gesetzliche Grundlage für ein Widerspruchsrecht schaffen und prüfen, ob ein Widerspruchsrecht mit dem bestehenden Datenschutzrecht vereinbar wäre und ob eine ausreichende Verfassungsgrundlage besteht.

Auswirkungen auf die Rechtsgrundlagen des Bundes

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine Anpassung erforderlich | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Änderung auf Verordnungsstufe | EPDV (SR 816.11) und EPDV-EDI (SR 816.111) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Änderung auf Gesetzesstufe | EPDG (SR 816.1) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Prüfung der Verfassungskonformität | |

Einschätzungen zur rechtlichen Umsetzbarkeit

Gemäss den Ergebnissen aus den geführten Interviews ist es aus juristischer Sicht unklar, ob eine ausreichend Verfassungsgrundlage für die Einführung des Widerspruchsrechts besteht. Diese sollte man in jedem Fall prüfen, sofern die Massnahme in die engere Auswahl umzusetzender Massnahmen genommen wird und eine konkrete Ausgestaltung des Widerspruchsrechts ausgearbeitet wurde.

Es müssten sicher Anpassungen im EPDG (Art. 3) sowie in der EPDV (Art. 15,16) vorgenommen werden.

Die Änderungen müssten zudem vorgängig auf Kompatibilität mit dem neuen Datenschutzgesetz DSG geprüft werden, das sich grösstenteils nach der Ende 2018 in Kraft getretenen EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) richtet.

³¹ Eine allfällige Alternative zum Widerspruchsrecht, die in diesem Bericht aber nicht vertieft geprüft wurde, ist der Ansatz «mandatory choice» bzw. «mandated choice». Gemäss diesem Ansatz müssten Personen gesetzlich verpflichtet werden, explizit ihren Willen zu äussern, ob sie ein EPD-Dossier eröffnen möchten oder nicht. Personen, die trotz gesetzlicher Pflicht ihre Zustimmung bzw. Ablehnung nicht explizit äussern, werden automatisch als «zustimmende Personen» qualifiziert und erhalten ein EPD. «Mandatory Choice» ist somit ein Ansatz, der zwischen der Zustimmungs- und Widerspruchslösung verortet werden kann. In der Praxis wird dieser Ansatz der Willensäusserung bei der Organspende von Verstorbenen und bei Patientenverfügungen diskutiert. Inwiefern ein «mandatory choice» beim EPD sinnvoll und vor allem umsetzbar und gewünscht ist, müsste vertieft abgeklärt werden.

Es sollte zudem geprüft werden, ob eine Widerspruchslösung mit der DSGVO vereinbar wäre, denn ein Stakeholder betont, dass die Widerspruchslösung nicht mit der Europäischen Datenschutzverordnung vereinbar wäre.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

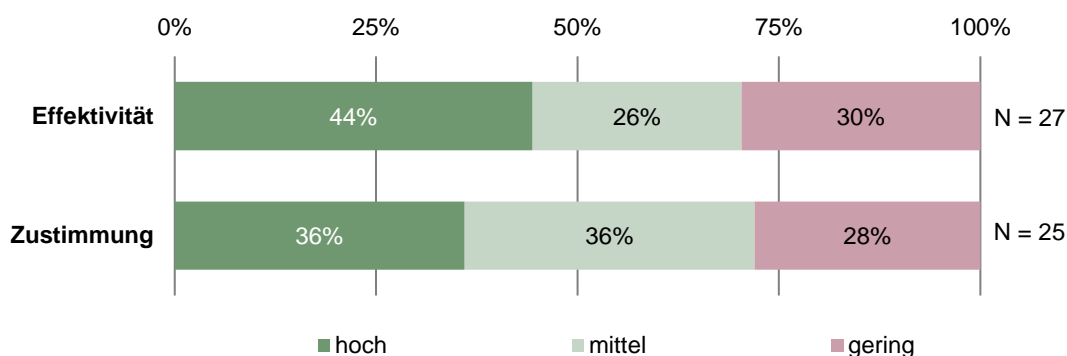
- Viele der befragten Stakeholder halten eine Widerspruchslösung in der Schweiz für unerwünscht und politisch nicht umsetzbar wegen mangelnder Akzeptanz und/oder aufgrund Unvereinbarkeit mit der Datenschutzgesetzgebung. Die informationelle Selbstbestimmung hat in der Schweiz einen hohen Stellenwert, so dass die Widerspruchslösung systemfremd wäre.
- Einige Stakeholder beurteilen die Widerspruchslösung als effektiv im Hinblick auf die Verbreitung.
- Andere Stakeholder bezweifeln auch dass die Widerspruchslösung Vorteile für die Verbreitung des EPD hätte, denn aus Public-Health-Sicht sind nur aktive EPDs von Interesse: Erhält jede Patientin bzw. jeder Patient automatisch ein EPD, würde dies zu vielen «schlafenden», d.h. nicht verwendeten EPDs führen.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Bund: Widerspruchslösung resp. Opt-out Modell für die Bevölkerung einführen.

Diese Massnahme ist nicht beliebt. Sie liegt sowohl in Punkto Effektivität als auch in Punkto Zustimmung auf den letzten Plätzen.



Was spricht dafür?

- Mehr Menschen in der Schweiz wären im Besitz eines EPD, da man aktiv werden müsste, um aus dem EPD auszutreten
- Förderung der Verbreitung

Was spricht dagegen?

- Viele Menschen, die im Besitz eines EPDs sind, würden es vermutlich nicht aktiv benutzen
- Eine Widerspruchslösung schränkt tendenziell die informationelle Selbstbestimmung der Patient/innen ein
- Es müsste eine Prüfung der Verfassungskonformität durchgeführt werden
Eine Widerspruchslösung würde vermutlich auf beträchtlichen Widerstand stossen

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Für EcoPlan sind die Argumente der skeptischen Stakeholder der Widerspruchslösung nachvollziehbar. Gleichzeitig stellen wir fest, dass in Österreich die Widerspruchslösung offenbar gut akzeptiert wird und auch mit der EU-Datenschutzgrundverordnung vereinbar zu sein scheint. Mit der Widerspruchslösung – so sie denn umsetzbar und politisch gewünscht wäre – würde die Verbreitung des EPD voraussichtlich massiv zunehmen. Selbstverständlich würden dabei auch viele «schlafende» EPDs produziert. Gleichzeitig würde aber eine neue Selbstverständlichkeit etabliert und Personen mit heute noch «schlafenden» Dossiers, sind zumindest teilweise chronisch kranke Patient/innen von morgen.

Der Aufwand für die Umsetzung einer Widerspruchslösung wäre aufgrund der damit verbundenen Gesetzesrevision und ggf. sogar Schaffung einer Verfassungsgrundlage sehr hoch. Da es wenig realistisch erscheint, dass eine Widerspruchslösung parallel zur Aufhebung der Freiwilligkeit im ambulanten Bereich erfolgt, geben wir letzter Massnahme den Vorzug: Sie dürfte auch leichter umzusetzen sein.

Einschätzung: eingeschränkt empfehlenswert



4.1.3 Massnahme N-3: Durchsetzbares Recht auf ein EPD für Patient/innen schaffen

Akteur: Bund

Um was es geht

Ab Einführung des EPD haben alle Patient/innen das Recht auf ein EPD nur lässt sich dieses gegenüber den ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen, für die das EPD freiwillig ist, rechtlich nicht durchsetzen. Mit einem **durchsetzbaren Recht** auf ein EPD für Patient/innen, soll der Druck auf die Gesundheitsfachpersonen im ambulanten Bereich erhöht werden, sich trotz Freiwilligkeit dem EPD anzuschliessen. Andernfalls droht ihnen, dass Patient/innen ihr Recht auf ein EPD auf dem Rechtsweg einfordern. Mit dieser Massnahme soll quasi die Freiwilligkeit im ambulanten Bereich ausgehebelt werden.

Umsetzung

Der **Bund** müsste im EPDG ein durchsetzbares Recht auf ein EPD schaffen und die Sanktionen bei Nichtbefolgung definieren.

Auswirkungen auf die Rechtsgrundlagen des Bundes

- | | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> keine Anpassung erforderlich | |
| <input type="checkbox"/> Änderung auf Verordnungsstufe | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Änderung auf Gesetzesstufe | EPDG (SR 816.1) |
| <input type="checkbox"/> Prüfung der Verfassungskonformität | |

Einschätzungen zur rechtlichen Umsetzbarkeit

Ohne Verknüpfung mit der Zulassung der Leistungserbringer gemäss KVG (vgl. Massnahme 1), erscheint es schwierig, das Recht auf ein EPD durchzusetzen. Eine strafrechtliche Verfolgung ist unrealistisch: Hierfür müsste ein Offizialdelikt geschaffen werden, so dass eine Meldung genügt, damit die Staatsanwaltschaft eine Untersuchung eröffnet und allenfalls eine Busse oder Geldstrafe verhängt.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

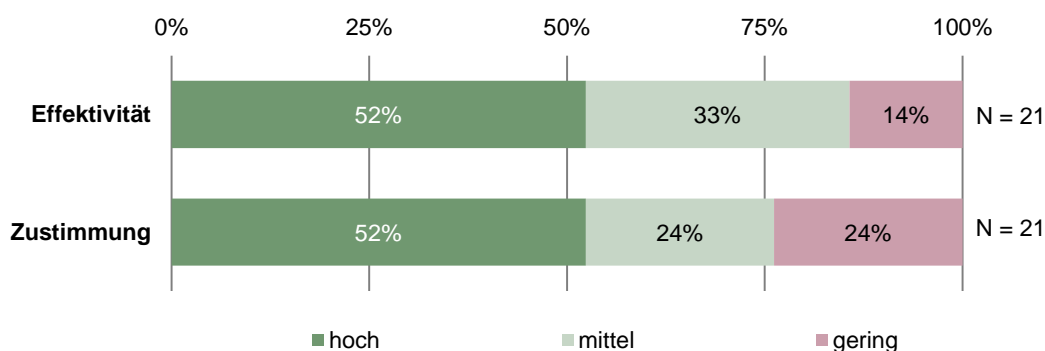
Alle interviewten Expert/innen halten diese Massnahme weder für praktikabel noch erstrebenswert. Denn es ist weder wahrscheinlich noch wünschenswert, dass Patient/innen gegen Gesundheitsfachpersonen ihres Vertrauens klagen, um ein EPD zu erzwingen. Viel eher würden sie einfach die Gesundheitsfachperson wechseln oder aber auf ein EPD verzichten.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Bund: Für Patient/innen gegenüber den Gesundheitsfachpersonen ein **durchsetzbares Recht** auf ein EPD schaffen.

Die Massnahme ist in der Online-Befragung im Vergleich wenig populär: Sie befindet sich sowohl hinsichtlich Effektivität als auch hinsichtlich Zustimmung im hintersten Drittel aller Massnahmen.



Was spricht dafür?

- Die Rechte der Patientinnen und Patienten würden gestärkt

Was spricht dagegen?

- Es ist unwahrscheinlich, dass Patient/innen dieses Recht überhaupt anwenden würden.
- Zudem ist es schwierig, eine Durchsetzungsmöglichkeit zu finden.

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Wir beurteilen diese Massnahme im Hinblick auf die Verbreitung des EPD als nicht zweckmässig. Die Massnahme zielt darauf ab, die Freiwilligkeit für den ambulanten Bereich durch die Hintertüre auszuhebeln. Effektiver wäre deshalb auf direktem Weg Massnahme 1 umzusetzen. Wichtig zu wissen ist, dass die FMH ihre Haltung geändert hat und die Aufhebung der Freiwilligkeit im ambulanten Bereich vermutlich akzeptieren würde, insbesondere wenn die damit verbundenen Aufwendungen vergütet würden.

Einschätzung: nicht empfehlenswert



4.2 Information und Befähigung

4.2.1 Massnahme N-4: Nationale Hotline für die Bevölkerung einrichten

Akteur/e: eHealth Suisse

Um was es geht

Die Idee einer nationalen Hotline ist, dass Patientinnen und Patienten sich telefonisch an eine zentrale Stelle für Fragen rund um das EPD wenden können. Sofern Auskünfte in drei Landessprachen erteilt werden und die Betriebszeiten nutzerfreundlich sind, sind Hotlines niederschwellige Angebote. Eine nationale Hotline könnte im Rahmen der geplanten Informationskampagne zudem einfach beworben werden.

Die Hotline müsste Auskünfte zu folgenden Aspekten erteilen können: Eröffnung, Nutzung, Datenschutz, Datensicherheit. Zudem sollte sie einfache IT-Fragen der Nutzer/innen beantworten können.

Umsetzung

eHealth Suisse könnte eine nationale Hotline umsetzen, indem ein entsprechendes Dienstleistungsunternehmen mandatiert wird (analog zu anderen Hotlines des BAG).

Bei IT-Fragen der Nutzerinnen und Nutzer, die von der Hotline nicht selbst beantwortet werden können, müssten die Anrufenden an die jeweilige Stammgemeinschaft verwiesen werden (Triage via Hotline).

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

Aus den folgenden Gründen äussern sich viele der befragten Expert/innen gegenüber einer nationalen Hotline kritisch bis ablehnend:

- Es bestehen Zweifel, dass Mitarbeitende einer zentralen Hotline in der Lage sind, adäquat Auskunft zu den EPDs der verschiedenen Stammgemeinschaften zu geben. Die Hotline könnte lediglich allgemeine Fragen zum Datenschutz, Datensicherheit und den Vorteilen eines EPD beantworten. Zur Erinnerung: die Schritte zur Eröffnung und Anwendung eines EPD sowie das Portal bzw. «front end» des EPD unterscheiden sich je nach Stammgemeinschaft.
- Für die meisten IT-Fragen müssten die Hotline die Anrufenden an die Stammgemeinschaft verweisen.
- Zudem werden sich die Stammgemeinschaften bzw. ihre Plattformen v.a. in den ersten Betriebsjahren schnell weiterentwickeln und verändern, so dass das Personal der Hotline dauernd geschult werden müsste.

Aus diesen Gründen bevorzugen viele der befragten Stakeholder, die **jeweiligen Stammgemeinschaften** als Auskunfts- und Beratungsstelle. Da Stammgemeinschaft eine Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten anbieten müssen, sind sie die prädestinierten Auskunftsstellen. Allenfalls sollten bzw. müssten technische Fragen zum Portal des EPD auch vom jeweiligen Technologiehersteller (Swisscom / Post) beantwortet werden. In diesem Fall müssten die Kontaktstellen der Stammgemeinschaften die Anrufenden an ihren Provider verweisen (Triage via Kontaktstellen).

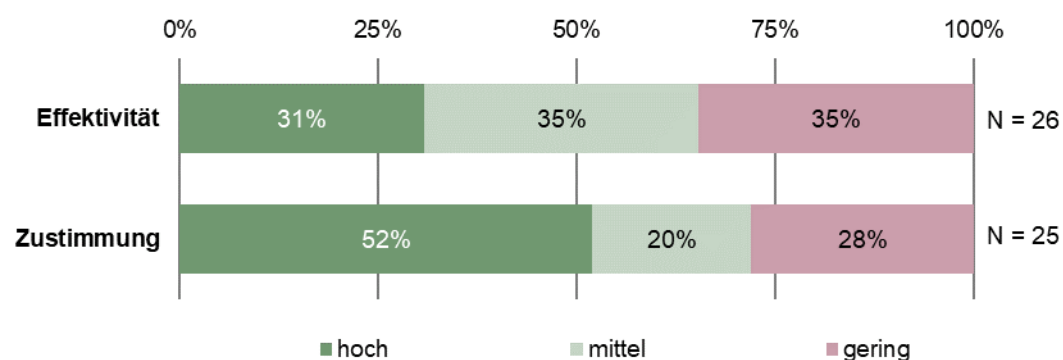
Sollte sich der Bund dennoch für eine nationale Hotline entscheiden, wären – so die befragten Stakeholder – normale Büro-Öffnungszeiten an 5 Tagen die Woche ausreichend.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

eHealth Suisse: Nationale Hotline für die Bevölkerung einrichten

Nur knapp ein Drittel der Stakeholder beurteilt die Effektivität einer nationalen Hotline als hoch. Damit schneidet die Hotline am schlechtesten ab von allen Massnahmen. Im Vergleich mit den anderen Massnahmen fällt die Zustimmung ebenfalls eher gering aus.



Was spricht dafür?

- Niederschwelliges Angebot zur Unterstützung und Befähigung der Bevölkerung (Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsfachpersonen)
- Eine Telefonnummer für die ganze Schweiz
- Gute Erreichbarkeit (user friendly)
- Herausforderungen in Bezug auf die Usability können zentral erfasst werden und stehen für die Weiterentwicklung des EPD zur Verfügung

Was spricht dagegen?

- Eine nationale Hotline passt nicht zum dezentralen Ansatz der Stammgemeinschaften
- Mitarbeitende der Hotline müssen aufgrund der Unterschiede zwischen den Stammgemeinschaften und ihren EPD-Plattformen die Anrufende vermutlich oft weiterverweisen
- Es entstehen Kosten, die von Bund und Kantonen getragen werden müssten

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Wir finden die Argumente der Kritiker/innen überzeugend: Eine nationale Hotline kann vermutlich nicht adäquat Auskunft zu den acht unterschiedlichen Stammgemeinschaften geben. Damit würde eine doppelte Triage resultieren, die nicht kundenfreundlich ist: Die nationale Hotline müsste je nach Fragen an die Stammgemeinschaften weiterverweisen, diese dann bei portalspezifischen Fragen an ihre Plattform-Anbieter.

Einschätzung: nicht empfehlenswert



4.2.2 Massnahme N-5: Information der Bevölkerung auf den Nutzen ausrichten

Akteur/e: eHealth Suisse

Um was es geht

Die Grundannahme dieser Massnahme ist, dass nützliche Anwendungen erfolgreich sind. Wenn die Nutzer/innen die Vorteile des EPD erkennen, wird das EPD sowohl von den Patient/innen als auch von den ambulanten Gesundheitsfachpersonen breit angewendet. Die Kommunikation von eHealth Suisse und den Kantonen sollte deshalb den Fokus auf die Vorteile bzw. den Nutzen des EPD legen.

Umsetzung

eHealth Suisse kann die Massnahme problemlos im Rahmen ihrer bereits geplanten Kommunikationsstrategie umsetzen und die Koordination mit den Kantonen sicherstellen.

Die **Kantone** müssen ihre Kommunikationsmassnahmen mit eHealth Suisse absprechen.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

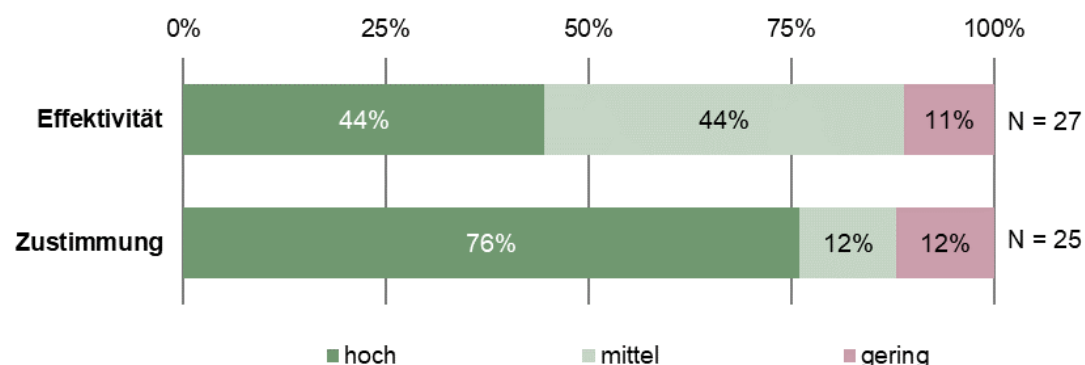
- Die Stakeholder, die sich zu dieser Massnahme geäussert haben, halten sie für zentral für den Erfolg des EPD
- Der Nutzen muss zielgruppenspezifisch herausgearbeitet werden, d.h. einerseits für die PatientInnen andererseits für die Gesundheitsfachpersonen.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

eHealth Suisse: Informationsmaterialien und -kampagnen darauf ausrichten, welchen Nutzen das EPD den Patient/innen bringt (Nutzenorientierung).

Diese Massnahme wird als eher weniger effektiv beurteilt, geniesst aber dennoch eine hohe Zustimmung.



Was spricht dafür?

Was spricht dagegen?

- Grundvoraussetzung für den Erfolg des EPD ist sein Nutzen; dieser muss nicht nur vorhanden sein, sondern von den Anwender/innen auch erkannt werden

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Die Autorinnen der Studie befürworten die Ausrichtung der Kommunikation auf die Vorteile / den Nutzen des EPD. Gleichwohl sollten auch potenzielle Risiken des EPD im Bereich Datensicherheit und des Datenschutzes transparent gemacht werden, weil diese Aspekte für das Vertrauen in das EPD zentral sind. Ein erfolgreiches EPD muss u.E. sowohl Nutzen als auch Vertrauen schaffen.

Einschätzung: empfehlenswert



4.2.3 Massnahme N-6: Schulungskurse für Multiplikatoren anbieten

Akteur/e: eHealth Suisse und Stammgemeinschaften

Um was es geht

Patientenorganisationen, Gesundheitsligen und weitere Non-Profit-Organisationen im Gesundheitsbereich sind Ansprechpartner für die Bevölkerung bzw. Patientinnen und Patienten und somit auch Multiplikatoren des EPD. Die Mitarbeitenden dieser Organisationen müssen zuerst selbst EPD kompetent sein, um ihre Klientel über das EPD informieren und beraten zu können und haben Bedarf an «Teach-the-Teacher» Massnahmen geäussert.³²

Umsetzung

eHealth Suisse und die **(Stamm-)Gemeinschaften** sind die geeigneten Umsetzungsorganisationen für Schulungskurse der Multiplikatoren.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

- Train-the-Trainer-Massnahmen sind vor allem in der Anfangsphase des EPD erforderlich und gewünscht.
- Train-the-Trainer-Massnahmen sind auch eine Aufgabe des Bundes. Der Bund informiert über das EPD (Art. 15 EPDG) und fördert die Koordination zwischen den Kantonen und weiteren interessierten Kreisen, indem er den Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch fördert (Art. 16 EPDG).
- Es existieren bereits heute diverse Schulungsmaterialien bei eHealth Suisse (Schulungs-Kit, Wissens-Check). Ergänzung der vorhandenen Schulungsmaterialien durch ein interaktives eLearning-Tool oder Erklärfilme sind erwünscht.³³
- Manche Stammgemeinschaften erarbeiten derzeit Schulungsmaterialien für Multiplikatoren.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

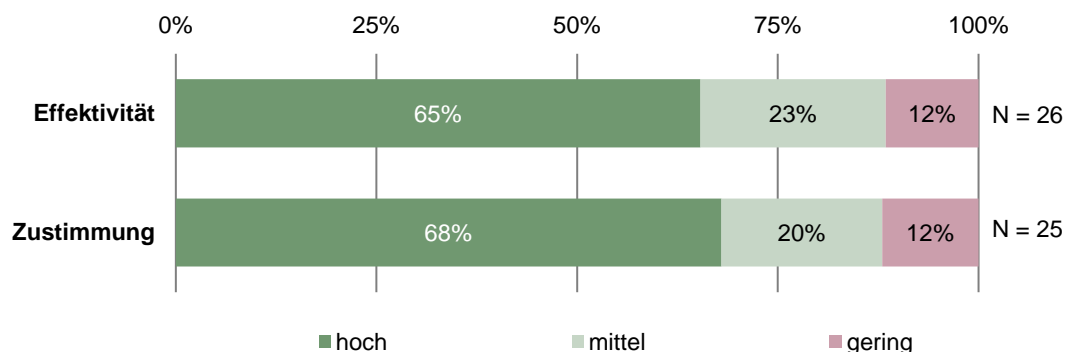
Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

eHealth Suisse und Stammgemeinschaften: Schulungskurse für Multiplikatoren wie Patientenorganisationen anbieten (Teach-the-Teacher Massnahmen)

³² Vgl. Umsetzungshilfe «Massnahmen zur EPD-Befähigung der Bevölkerung» von eHealth Suisse (2020), S. 16. ff.

³³ Vgl. Umsetzungshilfe «Massnahmen zur EPD-Befähigung der Bevölkerung» von eHealth Suisse (2020), S. 17. ff.

Diese Massnahme wird im Hinblick auf die Verbreitung von gut 2/3 der Teilnehmenden als effektiv beurteilt und geniesst mit knapp 70% eine hohe Zustimmung und liegt damit im Mittelfeld.



Was spricht dafür?

- Multiplikatoren werden ihre Klientel zum EPD sensibilisieren; entsprechend wichtig ist es, dass sie selbst EPD-kompetent sind

Was spricht dagegen?

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Aus unserer Sicht ist es sinnvoll, die Multiplikatoren zu schulen, sobald die ersten (Stamm-) Gemeinschaften ihr Roll-out machen. Insbesondere chronische und multimorbide Patienten/innen sind oft in Kontakt mit Patientenorganisationen und können zugleich am meisten vom EPD profitieren. Zudem stösst die Massnahme bei den Stakeholdern auf hohe Zustimmung.

Einschätzung: empfehlenswert



4.2.4 Massnahme N-7: Bestehende Leistungsvereinbarungen mit Multiplikatoren erweitern

Akteur/e: Kantone

Um was es geht

Viele Kantone haben mit Multiplikatoren (Patientenorganisationen, Gesundheitsligen und andere Non-Profit-Organisationen im Gesundheitswesen) mehrjährige Leistungsvereinbarungen für die Beratung und Information der Patient/innen getroffen. Diese Leistungsverträge könnten um die Thematik der EPD-Befähigung erweitert werden. Multiplikatoren haben weder die finanziellen noch personellen Ressourcen, um ohne zusätzliche Mittel neben ihrem Kerngeschäft auch Beratungen zum EPD anzubieten.³⁴ Zugleich haben sie einen guten Zugang zu Patient/innen v.a. im Bereich der chronischen Erkrankungen und sind deshalb für Befähigungsmassnahmen prädestiniert.

³⁴ Vgl. Umsetzungshilfe «Massnahmen zur EPD-Befähigung der Bevölkerung» von eHealth Suisse (2020), S. 18. ff.

Umsetzung / Umsetzungsvarianten

Kantone können ihre bestehenden Leistungsvereinbarungen mit Multiplikatoren um Beratung und Information zum EPD erweitern.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

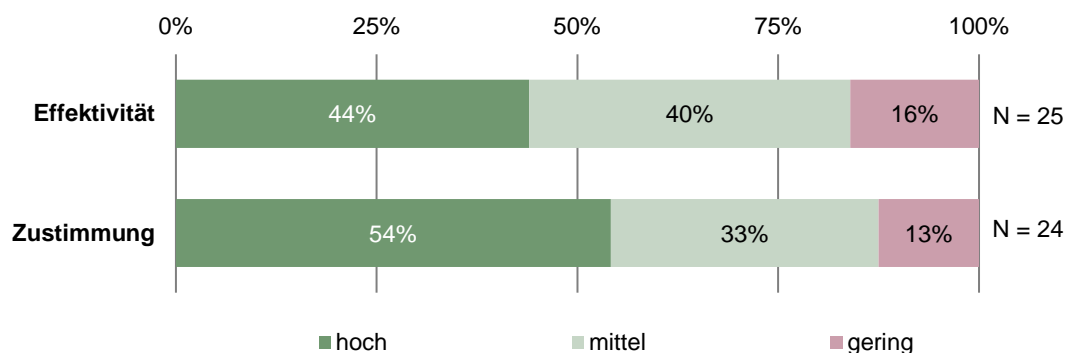
- Patientenorganisationen sollten für ihre Beratung zum EPD von Bund und / oder Kantonen entlohnt werden.
- Effektiver als zahllose kantonale Leistungsvereinbarungen wäre eine nationale Lösung mit der Schaffung eines Bundesgesetzes über Patientenorganisationen, in welchem die Rechte, Pflichten und Finanzierung der Patientenorganisationen geregelt würde.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Kantone: Bestehende Leistungsvereinbarungen mit Patientenorganisationen, Gesundheitsligen und NPOs um Beratung zum EPD ergänzen

Diese Massnahme schneidet in der Stakeholder-Befragung im Vergleich mit den anderen Massnahmen hinsichtlich Effektivität schlecht ab. Auch die Zustimmungswerte sind vergleichsweise tief.



Was spricht dafür?

- Patientenorganisationen haben einen guten Zugang zu Patient/innen, insbesondere zu chronisch Kranken, die besonders vom EPD profitieren können
- Patientenorganisationen fehlen die personellen und finanziellen Ressourcen, um ihre Klientel zum EPD zu beraten

Was spricht dagegen?

- Die finanzielle Unterstützung der Patientenorganisationen via kantonale Leistungsvereinbarungen führt dazu, dass die Patientenorganisation jeweils auf kantonaler Ebene mandatiert werden müsste, was mit administrativem Mehraufwand verbunden ist
- Mit einer Finanzierung durch den Bund, könnte eine einheitliche Lösung umgesetzt werden und der administrative Aufwand für die Patientenorganisationen reduziert werden.

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Insbesondere in den ersten Jahren nach Einführung des EPD wird der Informations- und Beratungsbedarf der Bevölkerung zum EPD hoch sein. Da Patientenorganisationen naturgemäss einen guten Zugang zu Patient/innen haben, gleichzeitig aber über zu wenig Ressourcen verfügen, halten wir diese Massnahme für sinnvoll im Hinblick auf die Verbreitung des EPD.

Einschätzung: empfehlenswert



4.2.5 Massnahme N-8: Gesundheitsfachpersonen während der Ausbildung sensibilisieren

Akteur/e: Berufsschulen, höhere Fachschulen, Fachhochschulen, Universitäten

Um was es geht

Wenn zukünftige Gesundheitsfachpersonen³⁵ während ihrer Ausbildung für die sinnvolle Nutzung des EPD im Alltag sensibilisiert werden, lernen sie seine Vorteile und Anwendungsbereiche insbesondere für die inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit kennen. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sie das EPD nach der Ausbildung selbst nutzen und ihren Patient/innen das EPD empfehlen und sie auch beraten bzw. unterstützen können.

Umsetzung

Die **Ausbildungsinstitutionen** der Gesundheitsfachpersonen, sprich: Berufsschulen, höhere Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten müssten Lehrsequenzen zum EPD in ihre Lernziele und Ausbildungscurricula integrieren. Es bietet sich an, diese EPD Lehrsequenzen in die bereits existierenden Lektionen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens zu integrieren.

Rechtliche Grundlagen

Das Gesundheitsberufegesetz GesBG fördert die Qualität der Ausbildung von 7 Gesundheitsberufen auf Tertiärstufe.³⁶ Die konkrete Umsetzung obliegt den Ausbildungsinstitutionen. Art. 3, Abs. 2, Bst. j. GesBG hält fest, dass Absolvent/innen eines Studiengangs Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten zu digitalen Arbeitsinstrumenten des Gesundheitswesens haben sollen, worunter das EPD sicherlich fällt. Somit besteht auf Bundesebene eine gesetzliche Grundlage für diese Massnahme.

Das Medizinalberufegesetz MedBG fördert die Qualität der Aus- Weiter- und Fortbildung von 5 universitären Medizinalberufen.³⁷ Die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der Ausbildungen und Weiterbildungen obliegt den Universitäten und Fachgesellschaften, wobei die Digitalisierung im MedBG nicht explizit erwähnt wird. Lernziele zur Digitalisierung bzw. Informations- und Kommunikationstechnologie haben die Universitäten bereits heute mehrheitlich integriert, so dass diese Massnahme grundsätzlich anschlussfähig an das bestehende System ist.

³⁵ In diesem Bericht sind mit «Gesundheitsfachpersonen» alle Fachkräfte gemeint, die mit einer abgeschlossenen Ausbildung in Gesundheitsberufen tätig sind, unabhängig davon, ob sie rechtlich unter das GesBG oder MedBG fallen.

³⁶ Pflege, Physio- und Ergotherapie, Geburtshilfe, Ernährung, Optometrie und Osteopathie.

³⁷ Humanmedizin, Zahnmedizin, Chiropraktik, Pharmazie und Veterinärmedizin.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

Da sich nur wenige der befragten Stakeholder zu dieser Massnahme geäussert haben, sind die folgenden Argumente Einzelstimmen:

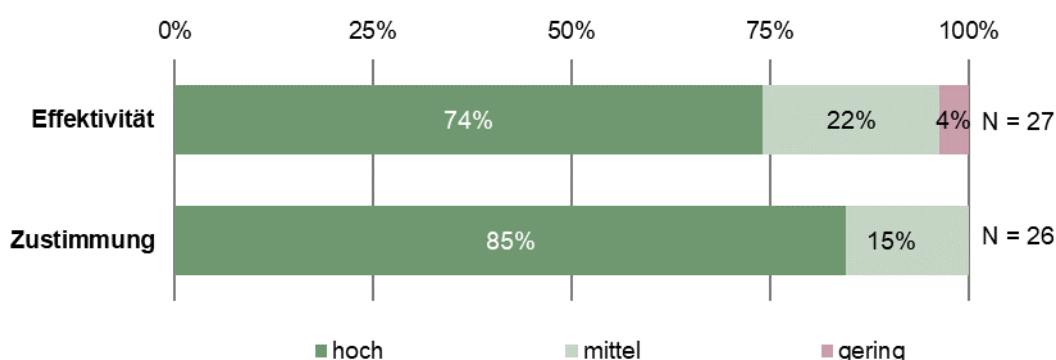
- Bereits in der Ausbildung müssen die zukünftigen Gesundheitsfachpersonen für das EPD und seine Vor- und Nachteile für sie selbst und ihre Patient/innen sensibilisiert werden.
- Die Ausbildungscurricula der GFP sind bereits heute thematisch sehr umfangreich bzw. überfrachtet, so dass es fraglich ist, ob das Thema EPD darin Platz hat.
- GFP in Ausbildung sind noch zu weit weg von den Patient/innen und dem EPD, um sich für das EPD in der Praxis zu interessieren.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Ausbildungsinstitutionen: Im Rahmen der Ausbildung alle Gesundheitsfachpersonen für die sinnvolle Nutzung des EPD im Alltag sensibilisieren

Diese Massnahme wird von 3/4 der Online-Befragten als sehr effektiv eingeschätzt und befindet sich damit im vorderen Drittel aller beurteilten Massnahmen. Zudem genießt die Massnahme eine sehr hohe Zustimmung.



Was spricht dafür?

- eHealth Suisse kann hierfür Materialien zur Verfügung stellen
- Die Massnahme ist an die bestehende gesetzliche Grundlage anschlussfähig

Was spricht dagegen?

- Die Ausbildungscurricula der GFP sind bereits heute thematisch sehr umfangreich bzw. überfrachtet
- GFP in Ausbildung sind noch zu weit weg von den Patient/innen und dem EPD, um sich für das EPD in der Praxis zu interessieren

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Die Autorinnen empfehlen die Umsetzung dieser Massnahme. Die Massnahme ist an bestehende gesetzliche Grundlagen und Lernziele der Institutionen anschlussfähig. Abgesehen von den dichten Ausbildungscurricula, spricht nichts gegen diese Massnahme, die in der Online-Befragung als effektiv beurteilt wird und eine hohe Akzeptanz genießt.

Einschätzung: empfehlenswert



4.2.6 Massnahme N-9: Gesundheitsfachpersonen in Weiter- und Fortbildungen sensibilisieren

Akteure: Verbände von Gesundheitsfachpersonen

Um was es geht

Wenn Gesundheitsfachpersonen in den Weiter- und Fortbildungen für die sinnvolle Nutzung des EPD im Alltag sensibilisiert werden, lernen sie seine Vorteile und Anwendungsbereiche insbesondere für die inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit kennen. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sie das EPD selbst nutzen und ihren Patient/innen das EPD empfehlen und sie auch beraten bzw. unterstützen können.

Umsetzung

Verbände von Gesundheitsfachpersonen müssten im Rahmen von Weiter- und Fortbildungen Module zur Digitalisierung im Gesundheitswesen anbieten, in denen auch das EPD Bestandteil ist. Insbesondere in Gesundheitsberufen mit obligatorischen Weiterbildungen müssten die Teilnehmenden dafür Weiterbildungscredits erhalten.

Rechtliche Grundlage

Das Medizinalberufegesetz MedBG fördert die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung von 5 universitären Medizinalberufen.³⁸ Die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der Ausbildungen und Weiterbildungen obliegt den Universitäten und Fachgesellschaften, wobei die Digitalisierung im MedBG nicht explizit erwähnt wird. Lernziele zur Digitalisierung bzw. Informations- und Kommunikationstechnologie haben die Universitäten für die Ausbildung bereits heute mehrheitlich integriert. Inwiefern dies auch für die Lernziele der Weiter- und Fortbildungen gilt, ist unklar. Aber: Grundsätzlich ist diese Massnahme anschlussfähig an das bestehende System.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse der geführten Interviews

- Da sich nur wenige Stakeholder zu dieser Massnahme geäussert haben, handelt es sich um Einzelstimmen:
- Sensibilisierung ist wichtig, denn nur wenn die Gesundheitsfachpersonen das EPD kennen, werden sie es selbst anwenden und es ihren Patient/innen empfehlen.
- Die Sensibilisierung sollte neben dem EPD auch die Digitalisierung im Gesundheitswesen umfassen.
- Konkrete Schulungen in einem EPD-Schulungs-Portal könnten interessant sein.

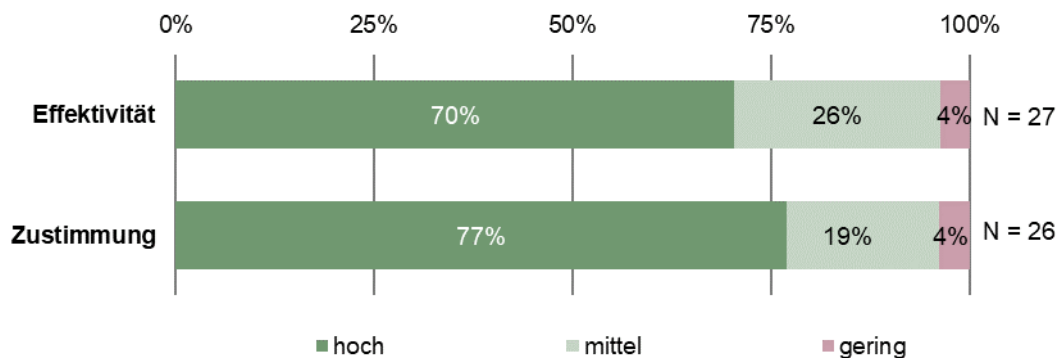
³⁸ Humanmedizin, Zahnarztmedizin, Chiropraktik, Pharmazie und Veterinärmedizin.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Berufsverbände: Im Rahmen der angebotenen Weiterbildungen die Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen für die sinnvolle Nutzung des EPD im Alltag sensibilisieren.

Wie bereits die Massnahme zur Ausbildung, schneidet auch diese Massnahme hinsichtlich Effektivität im vorderen Mittelfeld ab. Auch die Zustimmungswerte sind vergleichsweise hoch.



Was spricht dafür?

- Sensibilisierte Gesundheitsfachpersonen nutzen das EPD tendenziell selbst mehr und empfehlen es ihren Patient/innen weiter
- Die Massnahme ist an die bestehende gesetzliche Grundlage anschlussfähig

Was spricht dagegen?

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Die Autorinnen empfehlen die Umsetzung dieser Massnahmen. Die Massnahme ist an bestehende gesetzliche Grundlagen anschlussfähig. Zudem Es wurden keine Argumente gegen diese Massnahme geäussert und sie wird in der Online-Befragung als effektiv beurteilt und geniesst eine hohe Akzeptanz.

Einschätzung: empfehlenswert



4.3 Erhöhung der Benutzerfreundlichkeit und Funktionalität

4.3.1 Massnahme N-10: Zentrale Ablage für dynamische Daten erlauben

Akteur:	Bund
Um was es geht	

Mit einer zentralen Ablage für dynamische Daten soll die Funktionalität des EPD erhöht werden, damit die Teilnahme am EPD attraktiver und die Verbreitung des EPD gefördert wird. Dynamische Gesundheitsdaten sind Daten, die sich laufend verändern. Dazu gehören bspw. Daten zur Medikation oder zum Impfstatus. In der Anfangsphase werden im EPD nur Dokumente abgelegt sein. Während dies für statische Daten wie Austritts- oder Operationsberichte unproblematisch ist, besteht bei Dokumenten mit dynamischen Daten die Gefahr, dass sie nicht vollständig und nicht aktuell sind.

Aus diesem Grund ist bspw. die eMedikation einer der am häufigsten nachgefragten Anwendungsfälle im EPD-Kontext: Mittelfristig soll es möglich sein, strukturierte Daten (und nicht Dokumente!) zur Medikation automatisch zwischen verschiedenen Primärsystemen der Gesundheitsfachpersonen/-einrichtungen aus der ganzen Schweiz abzugleichen bzw. auszutauschen. In seiner heutigen Ausprägung des EPD ist ein gemeinschaftsübergreifender **Austausch** (strukturierter) dynamischer Daten **nicht möglich**.³⁹ Dazu sind – unabhängig vom gewählten Lösungsansatz – zusätzliche Elemente, d.h. auch zusätzliche Investitionen, notwendig.

Die Einführung einer zentralen Ablage für dynamische Daten stellt dabei **einen möglichen Lösungsweg** dar. Dieser Weg bedeutet jedoch eine (weiterführende) Abkehr vom **Prinzip der dezentralen Datenhaltung**, auf dem die EPD-Architektur bislang basiert. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass dieses Prinzips für das heutige EPD sowieso nur noch beschränkt zutreffend ist:

- Ursprünglich ging man davon aus, dass die EPD-Daten nur dezentral in den Primärsystemen der Gesundheitsfachpersonen/-einrichtungen gespeichert sind und es in den Registern der Stammgemeinschaften nur Verweise auf deren Ablageort braucht. Heute sind die EPD-Daten (als Kopien aus dem Primärsystem) auch in der Dokumentenablage der jeweiligen Stammgemeinschaft abgelegt.
- Die Idee der dezentralen Datenhaltung in den verschiedenen Stammgemeinschaften erweist sich heute angesichts der erfolgten Konzentration bei den Stammgemeinschaften ebenfalls als weitgehend überholt: Die Gesamtheit der EPD-Daten aller Patient/innen ist mittlerweile nur mehr auf wenige Anbieter verteilt.

Für den gemeinschaftsübergreifenden Austausch dynamischer Daten ist aber auch ein **alternativer dezentraler Lösungsweg** möglich. Konkret liegt für den eMedikations-Prozess ein Konzept vor, das auf der bestehenden dezentralen EPD-Architektur aufbaut:⁴⁰ Alle Daten zur eMedikation eines Patienten sind bei seiner Stammgemeinschaft abgelegt. Die einzelnen Stammgemeinschaften richten je einen eigenen, aber gemeinschaftsübergreifend interoperablen «eMedication Service» ein.

³⁹ Mit Blick auf die eMedikation ist die Ausgangslage konkret wie folgt: Ein strukturierter Medikationsplan mit einer Übersicht der aktuellen Medikation wird zwar schon bald auch ohne Anpassungen an der Architektur möglich sein. Hingegen ist es bei der gegebenen Architektur nicht möglich, die Informationen aus dem ganzen Medikationsprozess von der Verschreibung bis zur Abgabe auszutauschen.

⁴⁰ eHealth Suisse (2020a)

Demgegenüber soll mit einer zentralen Ablage für dynamische Daten der Weg für eine nationale eMedikation geebnet werden. Die Daten zur eMedikation eines Patienten wären jedoch neu beim Bund (bzw. bei einem vom Bund betriebenen Dienst) statt bei seiner Stammgemeinschaft abgelegt.

Umsetzung

Die Aufgaben des **Bundes** im Zusammenhang mit dem EPD würden erweitert: Der Bund müsste neu einen Dienst zur Ablage der dynamischen Daten betreiben.

Rechtlicher Anpassungsbedarf auf Ebene Bund

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | keine Anpassung erforderlich | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Änderung auf Verordnungsstufe | EPDV (SR 816.11), EPDV-EDI (SR 816.111) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Änderung auf Gesetzesstufe | EPDG (SR 816.1) |
| <input type="checkbox"/> | Prüfung der Verfassungskonformität | |

Einschätzungen zur rechtlichen Umsetzbarkeit

Sofern der politische Wille vorhanden ist, könnte das EPDG dahingehend ergänzt werden, dass die dynamischen Daten zentral beim Bund abgelegt werden. Nachfolgend wären die Verordnungen anzupassen bzw. zu ergänzen.

Kritik an dieser Massnahme dürfte es infolge der Abkehr vom Prinzip der dezentralen Datenerhaltung allenfalls mit Blick auf den Datenschutz geben.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

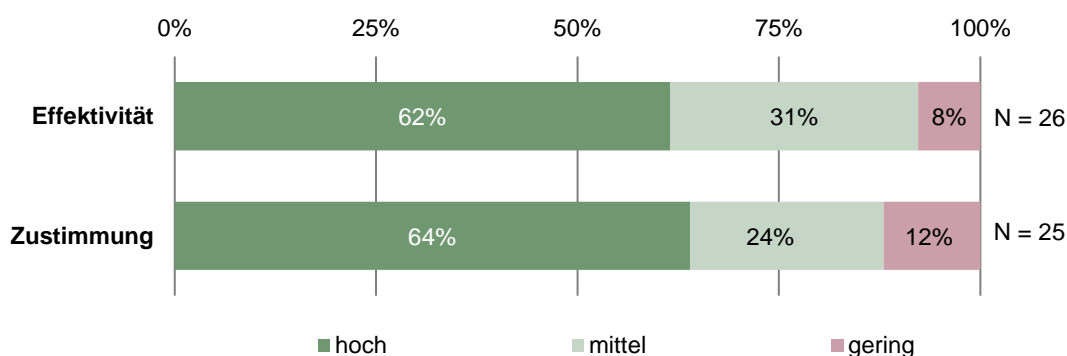
- Eine klare Präferenz für eine zentrale oder dezentrale Lösung konnte in den Interviews nur vereinzelt ausgemacht werden. Die Meinungsbildung hierzu ist (auch angesichts der noch laufenden Konsultation zum dezentralen Ansatz) noch in Gange.
- Die Kostenfolgen sind in beiden Fällen hoch. Insofern wäre es nicht effizient, zuerst den dezentralen Weg zu verfolgen und dann (nach erfolgter Gesetzesanpassung) auf eine nationale Lösung umzuschwenken.
- Einzelstimmen beurteilen die Lösung mit einer zentralen Ablage als weniger fehleranfällig. Hingegen dürfte es bis zur Implementation einer nationalen Lösung länger dauern. Diesbezüglich wird der dezentrale Ansatz als vorteilhaft beurteilt, weil einzelne Stammgemeinschaften ab sofort mit der Entwicklung beginnen können. Zudem steht dieser nicht im Widerspruch zur dezentralen EPD-Architektur.
- Der Datensicherheit wird hohes Gewicht beigemessen. Verschiedene Expert/innen sehen das diesbezügliche Risiko mit einer zentralen Ablage auf Ebene Bund aber nicht wesentlich erhöht gegenüber der heutigen Situation mit den gemeinschaftsinternen Ablagen.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Bund: Zentrale Ablage für dynamische Daten (z.B. aktuelle Medikation, Impfstatus) erlauben, damit diese von unterschiedlichen Gesundheitsfachpersonen ergänzt werden können und es möglich wird, im Abrufverfahren eine aktuelle und vollständige Übersicht dieser Daten zu erhalten

Die Mehrheit der befragten Stakeholder beurteilt eine zentrale Ablage als effektive Massnahme für die Verbreitung des EPD und ist mit der Massnahme einverstanden. Mit Blick auf die Gesamtheit aller beurteilten Massnahmen befindet sich die Einführung einer zentralen Ablage aber nur im Mittelfeld.



Was spricht dafür?

- der Austausch von dynamischen Daten kann gemeinschaftsübergreifend sichergestellt werden
- bei einer nationalen Lösung ist die Interoperabilität gewährleistet

Was spricht dagegen?

- Widerspruch zur bisherigen dezentralen EPD-Architektur
- dauert lange, u.a. wegen der erforderlichen Gesetzesanpassung (ca. 5 Jahre)

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Die Autorinnen sehen sich nicht in der Lage, hier eine abschliessende Beurteilung abzugeben:

- Einerseits erscheint uns eine nationale Lösung mit Blick auf derart relevante Dienste wie die eMedikation als erstrebenswert. Bei einer Lösung ausserhalb des EPD-Vertrauensraums ist zudem nicht garantiert, dass die gleichen Anforderungen an die Datensicherheit eingehalten werden (auch wenn davon auszugehen ist, dass die meisten Stammgemeinschaften bei der Entwicklung dezentraler Lösungen den gleichen Sicherheitsstandard einhalten werden).
- Andererseits entsprechen dezentrale Lösungen mit Entwicklungen in unterschiedlicher Geschwindigkeit dem bisher verfolgten Ansatz im Bereich eHealth.

Da für beide Wege beträchtliche Investitionen an finanziellen und personellen Ressourcen notwendig sind, können nicht beide Wege parallel verfolgt und geschaut werden, welcher schneller zum Ziel führt. Insofern braucht es einen gut abgestützten strategischen Entscheid. Wir empfehlen diese Massnahme deshalb zur vertieften Prüfung und Vernehmlassung.

Einschätzung: empfehlenswert



4.3.2 Massnahme N-11: Zugriffssteuerung vereinfachen

Akteur/e: Bund

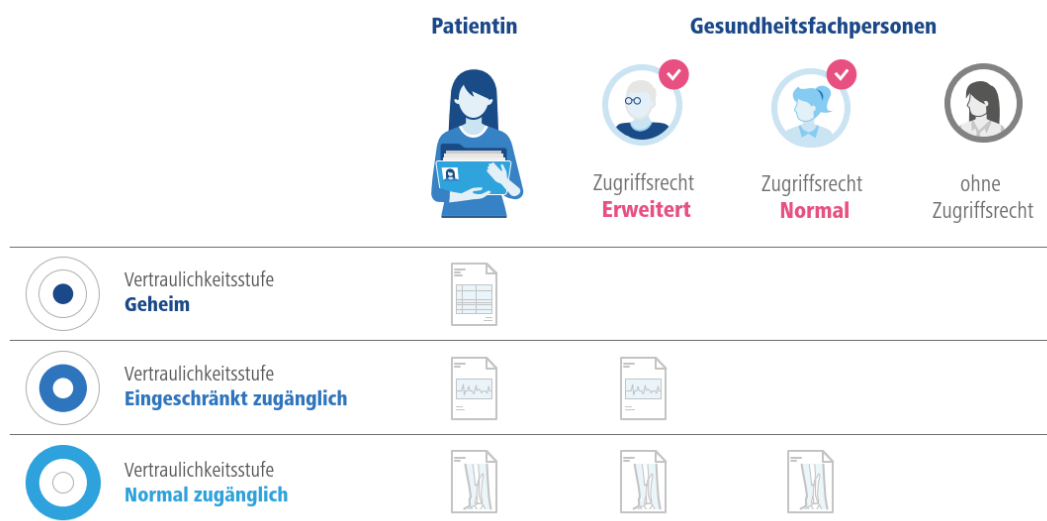
Um was es geht

Mit einer Vereinfachung der Zugriffssteuerung soll das EPD für Patient/innen und Gesundheitsfachpersonen benutzerfreundlicher werden: Je benutzerfreundlicher das EPD, desto schneller erfolgt seine Verbreitung.

Mit der Zugriffssteuerung legen die Patient/innen fest, welche Gesundheitsfachpersonen auf welche ihrer Dokumente zugreifen dürfen (**informationelle Selbstbestimmung** der Patient/innen):

- Sie können ihre Dokumente jederzeit einer der drei Vertraulichkeitsstufen «Normal zugänglich», «Eingeschränkt zugänglich» oder «Geheim» zuordnen. Im Normalfall werden neu eingestellte medizinische Daten automatisch der Vertraulichkeitsstufe «Normal zugänglich» zugeordnet.
- Sie können einer Gesundheitsfachperson ein normales oder erweitertes Zugriffsrecht erteilen oder sie ganz vom Zugriff auf ihr EPD ausschliessen. Dazu müssen die Patient/innen die gewünschte Person oder Gruppe im EPD-Teilnehmerverzeichnis suchen und dann deren Zugriffsrecht festlegen.

Das nachfolgende Schema illustriert die Zugriffssteuerung im EPD, die von vielen Stakeholdern als zu kompliziert wahrgenommen wird:⁴¹



Umsetzung

Der **Bund** könnte die Zugriffssteuerung regulatorisch vereinfachen, indem

- die **Anzahl der Vertraulichkeitsstufen** und Zugriffsrechte auf Verordnungsstufe **reduziert** wird. Wenn es nur noch zwei Vertraulichkeitsstufen «geheim» und «nicht geheim» gibt, dann vereinfacht sich das obige Schema merklich.
- auf die Erteilung von Zugriffsrechten durch die Patient/innen verzichtet und stattdessen der Grundsatz etabliert wird, dass grundsätzlich **alle Gesundheitsfachpersonen Zugriff** auf dies EPDs haben, jedoch nur im Rahmen einer konkreten Behandlung auf ein spezifisches

⁴¹ eHealth Suisse (2017b), S. 19

EPD zugegriffen werden darf. Um Missbräuche zu verhindern, müssten nicht rechtmässige Zugriffe (d.h. solche ohne Behandlungskontext) drastisch bestraft werden. Die Patient/innen können anhand der Zugriffsprotokolle überprüfen, welche Gesundheitsfachpersonen auf ihr EPD zugegriffen haben und können nicht berechtigte Zugriffe den Behörden melden. Das entspricht einem Modell, wie es in Skandinavien verbreitet ist.

Auswirkungen auf die Rechtsgrundlagen des Bundes

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | keine Anpassung erforderlich | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Änderung auf Verordnungsstufe | EPDV (SR 816.11) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Änderung auf Gesetzesstufe | EPDG (SR 816.1) |
| <input type="checkbox"/> | Prüfung der Verfassungskonformität | |

Einschätzungen zur rechtlichen Umsetzbarkeit

Nach Art. 9 Abs. 2 EPDG hat der Bundesrat die Kompetenz, die Zugriffsrechte und die Vertraulichkeitsstufen auszuführen. Eine Reduktion der Anzahl Vertraulichkeitsstufen könnte der Bundesrat auf Stufe EPDV ohne Anpassung des EPDG vornehmen.

Ein grundsätzlich offener Zugriff für alle Gesundheitsfachpersonen würde jedoch eine Anpassung des EPDG bedingen. Denn nach Art. 9 Abs. 1 EPDG können Gesundheitsfachpersonen nur dann auf ein EPD zugreifen, wenn vom Patienten ein Zugriffsrecht erteilt worden ist.

In beiden Fällen ist mit Vorbehalten bzw. Kritik mit Blick auf den Datenschutz zu rechnen. Die aktuelle Regelung wurde stark vom Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten EDÖB mitgeprägt und sie entspricht mit den erfolgten Zugeständnissen (z.B. mit Zugriffsrechten für Gruppen) dem risikobasierten Ansatz, wonach datenschutzrechtliche Anforderungen in einem angemessenen Verhältnis zu den Datenschutzrisiken stehen sollen.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

- Viele der befragten Expert/innen halten die geltende Zugriffssteuerung für zu kompliziert.
- Einzelne Interviewpartner/innen würden ein radikal vereinfachtes Modell bevorzugen, bei dem alle Gesundheitsfachpersonen zugriffsberechtigt sind. Die Zugriffsprotokolle müssten jedoch transparent gemacht werden und bei einem willkürlichen Zugriff würden drakonische Sanktionen folgen. Bei diesem Modell würde man davon ausgehen, dass Gesundheitsfachpersonen verantwortungsbewusst handeln, während die heutige Umsetzung auf Misstrauen beruhe.
- Ein Experte betont, dass nicht die Zugriffsrechte bzw. Vertraulichkeitsstufen zu vereinfachen seien. Vielmehr sollten einfache Möglichkeiten für die konkrete Handhabung der Zugriffssteuerung durch die Patient/innen entwickelt werden, die es den Patient/innen leicht machen, neue Zugriffsrechte zu erteilen (z.B. QR-Code im Wartezimmer einer Arztpraxis abfotografieren oder wie im Projekt «MonDossierMédical.ch» für Gesundheitsfachpersonen die Möglichkeit schaffen, von den Patient/innen ein Zugriffsrecht anzufordern, das diese dann mittels SMS-Code freigeben können).⁴²

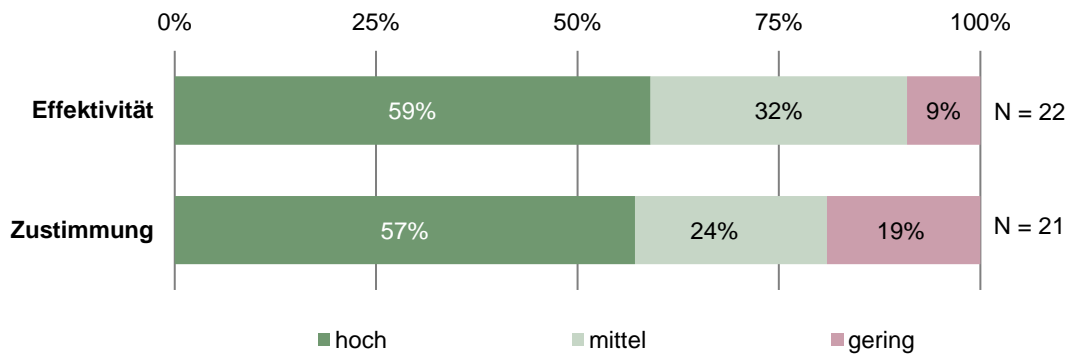
⁴² eHealth Suisse (2017a), S. 30

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Bund: Zugriffssteuerung regulatorisch vereinfachen

Gemäss Umfrageergebnis ist die Vereinfachung der Zugriffssteuerung eine Massnahme, die mit Blick auf die Verbreitung des EPD von vielen Stakeholdern als effektiv eingeschätzt wird. Es handelt sich aber gemäss Stakeholder-Bewertung nicht um eine Top-Massnahme.



Was spricht dafür?

- Zugriffssteuerung wird von vielen Stakeholdern als zu kompliziert wahrgenommen

Was spricht dagegen?

- entscheidend für die Benutzerfreundlichkeit ist die prozessuale Umsetzung der Zugriffssteuerung, nicht per se die Anzahl Vertraulichkeitsstufen
- Datenschutzrechtliche Bedenken bzw. Einschränkung der informationellen Selbstbestimmung

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Eine Reduktion der Vertraulichkeitsstufen wäre regulatorisch wohl recht kurzfristig umsetzbar. Diese Änderung würde jedoch weitreichende technische Anpassungen seitens der Stammgemeinschaften und evtl. erneute Audits der Zertifizierungsstellen zur Folge haben. Angesichts der in Kürze bevorstehenden schweizweiten Einführung des EPD sind wir zur Einschätzung gelangt, dass eine solche Änderung zum aktuellen Zeitpunkt nicht sinnvoll scheint. Wir befürchten, dass dies zu weiteren Verzögerungen und Unsicherheit bei der Einführung führen könnte.

Aus unserer Sicht ist es mit Blick auf die Verbreitung des EPD jetzt prioritärer, dass die Stammgemeinschaften einfache Lösungen entwickeln, wie die Patient/innen die Zugriffssteuerung wahrnehmen und neue Gesundheitsfachpersonen berechtigen können. Es sollte vermieden werden, dass die informationelle Selbstbestimmung zu ungewollten Hürden und Überforderung führt. Insofern empfehlen wir auch dem BAG/eHealth Suisse, sich zeitnah zu möglichen Anforderungen an diese Lösungen zu äussern, damit für die Stammgemeinschaften bei ihren Entwicklungen kein Compliance-Risiko entsteht.

Ein offener EPD-Zugriff für alle Gesundheitsfachpersonen könnte sich aus unserer Sicht nachteilig auf die Verbreitung des EPD auswirken, weil die Bevölkerung damit zu einem «Alles-oder-Nichts-Entscheid» gezwungen ist und dies zu mehr Zurückhaltung führen könnte.

Einschätzung: nicht empfehlenswert



4.3.3 Massnahme N-12: Tiefe Integration der Primärsysteme fördern

Akteur/e: Bund, Kantone, eHealth Suisse sowie Verbände der Gesundheitsfachpersonen

Um was es geht

Eine **tiefe Integration** der Primärsysteme ermöglicht ein effizientes EPD: Wenn die Informationssysteme der Gesundheitsfachpersonen/-einrichtungen (sogenannte Primärsysteme) direkt an die EPD-Plattform der jeweiligen (Stamm-)Gemeinschaft angebunden sind, können viele Daten automatisiert ins EPD weitergegeben werden. Der Aufwand, der mit dem manuellen Export und Import von EPD-Dokumenten verbunden ist, fällt weg und mit ihm eine bedeutende Hürde für die Verbreitung des EPD.

Ein solche integrierte Anbindung bedingt aber technische Vorbereitungen bei den Gesundheitsfachpersonen/-einrichtungen sowie das Vorhandensein einer **EPD-Schnittstelle** in den verwendeten Primärsystemen. Die Entwicklung einer EPD-Schnittstelle ist mit Kosten verbunden. Der von eHealth Suisse kostenlos bereitgestellte eHealth Connector stellt noch keine fertige Lösung, sondern nur ein Bauteil dar.

Ab einer gewissen Anzahl EPDs, die zu bewirtschaften sind, lohnen sich diese Investitionskosten jedoch auf jeden Fall. Aus diesem Grund ist in vielen Klinikinformationssystemen (KIS) für Spitäler bereits eine EPD-Schnittstelle implementiert. Für die meisten Primärsysteme der übrigen Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen trifft dies aber noch nicht zu. Bei den Praxisinformationssystemen (PIS) der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stellt sich im Gegensatz zu anderen Bereichen der ambulanten Gesundheitsversorgung wie bspw. der Spitex die zusätzliche Herausforderung, dass es eine sehr grosse Anzahl unterschiedlicher PIS (ca. 70-80) gibt. Entsprechend schwierig ist es für die niedergelassene Ärzteschaft, Marktdruck auf die Software-Hersteller auszuüben und eine möglichst kostengünstige Implementierung einer EPD-Schnittstelle in ihrem PIS zu erwirken.

Eine Teilnahme am EPD ist auch ohne Integration der Primärsysteme möglich. In diesem Fall erfolgt der Zugriff auf das EPD über ein **Web-Portal**. Die Gesundheitsfachpersonen müssen dann aber in zwei Systemen (Primärsystem und EPD-Portal) mit unterschiedlichen Logins arbeiten und Dokumente manuell transferieren, was unweigerlich mit einem Zusatzaufwand verbunden ist. Entsprechend wahrscheinlicher ist es, dass nicht alle behandlungsrelevanten Dokumente ins EPD abgelegt werden.

Umsetzung

Um die tiefe Integration der Primärsysteme zu fördern, sind ganz unterschiedliche Umsetzungsvarianten denkbar, die verschiedene Akteure betreffen: Bund und Kantone könnten mittels regulatorischer Vorgaben und/oder Finanzhilfen Einfluss nehmen auf die Gesundheitsfachpersonen und/oder die Hersteller. eHealth Suisse und die Verbände der Gesundheitsfachpersonen könnten die Markttransparenz erhöhen, um so Druck auf die Hersteller zu erzeugen. Die Umsetzungsideen betreffend den Bund werden im nachfolgenden Abschnitt auf ihre rechtliche Umsetzbarkeit geprüft:

- Der **Bund** könnte allenfalls
 - a) via **Medizinprodukterecht** Sicherheits- und Leistungsanforderungen an die KIS/PIS selbst und an dessen EPD-Anbindung definieren, welche die Hersteller zur Implementierung einer EPD-Schnittstelle verpflichten (zumal ein Grossteil der KIS/PIS unter die Medizinproduktegesetzgebung fällt und entsprechend zertifizierungspflichtig ist).

- b) via **Krankenversicherungsrecht** die Gesundheitsfachpersonen resp. Leistungserbringer zu EPD-anchlussfähigen Primärsystemen verpflichten (sofern eine Grundpflicht zur EPD-Teilnahme besteht, vgl. [Massnahme N-1](#)).
- c) **Finanzhilfen** an ambulante Gesundheitsfachpersonen ausrichten, damit sie in die direkte Anbindung ihres Primärsystems investieren.
- Die **Kantone** könnten allenfalls in ihren jeweiligen **Gesundheitsgesetzen** die Pflicht zur digitalen Behandlungsdokumentation einführen und bei den Anforderungen an das dafür eingesetzte Informatiksystem eine EPD-Schnittstelle fordern; die Effekte auf die Gesundheitsfachpersonen und Hersteller wären analog der oben ausgeführten Umsetzungsvariante b).
- **eHealth Suisse** oder die **Verbände der Gesundheitsfachpersonen** könnten ein **Label** schaffen, mit dem die Hersteller (kostenlos) ihre EPD-anchlussfähigen Primärsysteme bzw. ihre EPD-Schnittstelle auszeichnen könnten oder sie legen – wie das bereits geplant ist – einen Kriterienkatalog zur **Selbstdeklaration** der Hersteller fest. Damit würde für die Gesundheitsfachpersonen mehr Markttransparenz geschaffen und Hersteller, die schnell eine EPD-Schnittstelle implementieren, würden sich (vorübergehend) einen Marktvorteil verschaffen.

Auswirkungen auf die Rechtsgrundlagen des Bundes

<input type="checkbox"/>	keine Anpassung erforderlich	
<input checked="" type="checkbox"/>	Änderung auf Verordnungsstufe	KVV (SR 832.102) bzw. MepV (SR 812.213)
<input checked="" type="checkbox"/>	Änderung auf Gesetzesstufe	KVG (SR 832.10) bzw. EPDG (SR 816.1)
<input checked="" type="checkbox"/>	Prüfung der Verfassungskonformität	erforderlich für Finanzhilfen an Gesundheitsfachpersonen

Einschätzungen zur rechtlichen Umsetzbarkeit

a) EPD-Anschlussfähigkeit der KIS/PIS via Medizinprodukterecht

Das Medizinprodukterecht regelt allgemeine Sicherheits- und Leistungsanforderungen an Medizinprodukte, es beinhaltet keine produktspezifischen Anforderungen an die Medizinprodukte. Die Aufnahme von derart detaillierten Zertifizierungsanforderungen («EPD-Schnittstelle») für ein Medizinprodukt (KIS/PIS) in der Medizinprodukteverordnung (MepV) wäre systemfremd. Zudem ist das Medizinprodukterecht äquivalent zum EU-Recht ausgestaltet und jegliche Abweichung müsste auch völkerrechtlich geprüft werden (→ Mutual Recognition Agreement mit der EU). Die Massnahme ist vor diesem Hintergrund unverhältnismässig und unrealistisch.

b) EPD-Anschlussfähigkeit der Primärsysteme via Krankenversicherungsrecht

Folgende Ideen wurden im Rahmen dieses Mandats kurz beleuchtet, müssten juristisch jedoch detailliert geprüft werden. Derartige technische Normierungen im KVG erfordern aber auf jeden Fall eine Grundpflicht zur EPD-Teilnahme (welche bislang nicht für alle Leistungserbringer gilt, vgl. [Massnahme N-1](#)):

- Umsetzung via Qualitätsvorlage: Die Qualitätsvorlage setzt primär auf der Systemebene an (u.a. Einrichtung einer Eidg. Qualitätskommission, Einführung verpflichtender Qualitätsverträge auf Verbandsebene). Es werden aber grundsätzlich keine Pflichten auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer geschaffen. Insofern erscheint dieser Ansatz nicht zweckmässig.

- Umsetzung via Zulassungsvorlagen: Mit der Änderung der KVV werden die Zulassungsvoraussetzungen der Leistungserbringer im ambulanten und stationären Bereich angepasst. Allenfalls könnten die Leistungserbringer mit Blick auf die Qualität zu einer EPD-kompatiblen Primärsystemen verpflichtet werden.

An dieser Stelle sei auch noch erwähnt, dass die **Definition von Mindestanforderungen** an Primärsysteme der Gesundheitsfachpersonen im **EPDG** aus juristischer Sicht nicht möglich ist: Für einen derart grossen Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit (vgl. Art. 94 Bundesverfassung) fehlt dem Bund eine entsprechende Verfassungsgrundlage.

c) Finanzhilfen an ambulante Gesundheitsfachpersonen für die Beschaffung EPD-anschlussfähiger Primärsysteme

Für eine solche Subvention bräuchte es auf jeden Fall eine gesetzliche Grundlage (im EPDG). Ob diese Massnahme im Sinne einer Anschubfinanzierung analog zum Aufbau der (Stamm-)Gemeinschaften rechtlich umsetzbar wäre, ist jedoch äusserst fraglich. Hierfür scheint die verfassungsrechtliche Grundlage zu fehlen (siehe auch Botschaft zum EPDG: Kap. 1.3.3; BBl 2013 5360).

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse der geführten Interviews

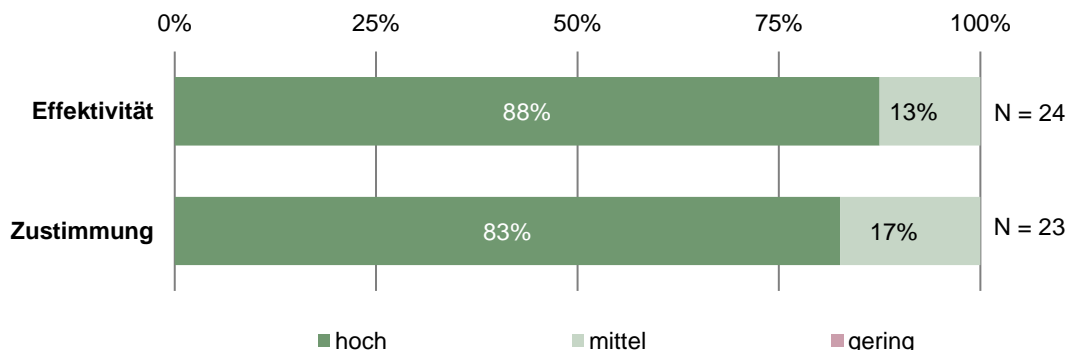
- Die fehlende Integration der Primärsysteme wird hinsichtlich der Verbreitung des EPD von vielen Expert/innen als eines der **grössten Probleme** erachtet. Im ambulanten Bereich fehlt bislang die Investitionsbereitschaft sowohl seitens der Gesundheitsfachpersonen wie auch seitens der Software-Anbieter, die für die Entwicklung der Schnittstelle bezahlt werden wollen.
- Eine **regulatorische Verpflichtung** der Gesundheitsfachpersonen oder der Hersteller zu EPD-anschlussfähigen Primärsystemen durch den Bund bzw. die Kantone wird ambivalent beurteilt: Einige Expert/innen sind zwar überzeugt, dass dann die erforderliche Dynamik entstehen würde. Andererseits wird auch mit breitem Widerstand gerechnet, zumal dies ein bedeutender Eingriff in die unternehmerische Freiheit darstellt. Zudem wäre die Finanzierung damit nicht geklärt.
- **Finanzhilfen** für ambulante Gesundheitsfachpersonen werden eher kritisch beurteilt, u.a. weil damit Vorreiter bestraft würden, die bereits in EPD-anschlussfähige Primärsysteme investiert haben. Allenfalls könnten statt die Gesundheitsfachpersonen direkt die Hersteller unterstützt werden, z.B. indem sie einen Beitrag in der Höhe erhalten, in der sie selbst zu investieren bereit sind.
- Zu einem **Label** für EPD-anschlussfähige Software äussert sich keine/r der befragten Expert/innen ablehnend. Die FMH unternimmt bereits Bemühungen, um die Ärzteschaft bei der Beschaffung neuer Systeme zu unterstützen, z.B. mit der Broschüre «Standard und Interoperabilität», die demnächst erscheint.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende übergeordnete Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Bund und eHealth Suisse: Tiefe Integration der Primärsysteme der Gesundheitsfachpersonen/-einrichtungen ins EPD-System fördern, damit Daten automatisiert weitergegeben werden können und eine effiziente Anwendung des EPD möglich ist.

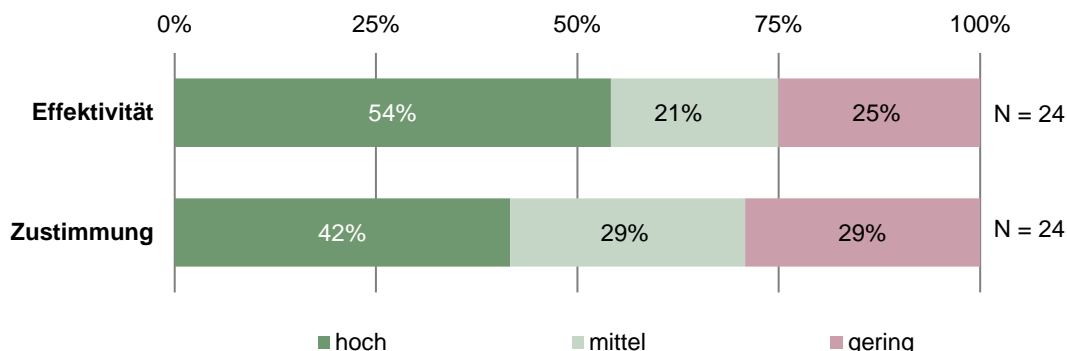
Die Förderung der tiefen Integration der Primärsysteme ist mit Blick auf die Effektivität, die von den Stakeholdern am besten beurteilte Massnahme: Fast 90% gehen von einer hohen Wirksamkeit für die Verbreitung des EPD aus. Auch die Zustimmung ist gross: Diesbezüglich schneidet die Massnahme am drittbesten ab.



Zusätzlich haben die Stakeholder noch folgende konkrete Massnahme beurteilt:

Bund: Finanzhilfen des Bundes an **ambulante Gesundheitsfachpersonen** ausrichten, damit in notwendige Schnittstellen und Funktionalitäten investiert wird.

Diese Massnahme kann sich keiner grossen Beliebtheit erfreuen: Sie liegt sowohl hinsichtlich Effektivität als auch hinsichtlich Zustimmung im hinteren Drittel sämtlicher beurteilten Massnahmen.



Was spricht dafür?

- eine EPD-Nutzung der Gesundheitsfachpersonen ohne tiefe Integration der Primärsysteme ist mit massgeblichem Zusatzaufwand verbunden (und damit wahrscheinlich auch mit einer unvollständigen Ablage behandlungsrelevanter Informationen)
- ein Label/eine Selbstdenkulation, das/die EPD-anschlussfähige Primärsysteme kennzeichnet schafft Markttransparenz und erzeugt für die Hersteller eine gewisse Anreizwirkung, ihre Software mit einer EPD-Schnittstelle zu versehen

Was spricht dagegen?

- eine Förderung der tiefen Integration via regulatorische Vorgaben für Gesundheitsfachpersonen oder Hersteller schränkt die Wirtschaftsfreiheit stark ein
- für Finanzhilfen fehlt voraussichtlich eine Verfassungsgrundlage; zudem wären sie mit Fehlanreizen verbunden

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Die **Verpflichtung** von Herstellern und Gesundheitsfachpersonen zu einem EPD-anchlussfähigen Primärsystem scheint aus unserer Sicht ein **Umweg**: Der entsprechende Druck könnte einfacher und direkter über die Aufhebung der Freiwilligkeit für die Gesundheitspersonen im ambulanten Bereich erzeugt werden (vgl. [Massnahme N-1](#)).

Finanzhilfen an die Gesundheitsfachpersonen dürften mit **unerwünschten Nebeneffekten** (Mitnahmeeffekte, Fehlanreize) einhergehen und zu Ungleichbehandlung zwischen verschiedenen Berufsgruppen führen. Zudem gilt auch hier, dass die ambulanten Gesundheitsfachpersonen, allen voran die niedergelassene Ärzteschaft, bei einer Verpflichtung zum EPD einen unmittelbaren Anreiz haben, in eine integrierte Lösung zu investieren bzw. von den Herstellern ihrer Primärsysteme eine EPD-Schnittstelle einzufordern.

Die Einführung eines **Labels** oder einer **Selbstdeklaration** für Hersteller (letzteres ist bereits aufgegleist) halten wir hingegen für **empfehlenswert**: Damit könnte die Markttransparenz erhöht und eine gewisse Dynamik ausgelöst werden.

Einschätzung: empfehlenswert



4.3.4 Massnahme N-13: EPD-Anwender/innen für die Optimierung des EPD einbeziehen

Akteur/e: Stammgemeinschaften und Hersteller

Um was es geht

Mit dem Einbezug von Patient/innen und Gesundheitsfachpersonen, die das EPD regelmässig nutzen, soll dessen Bedienbarkeit aus der Nutzerperspektive künftig fortlaufend optimiert werden: Wenn das EPD für Anwender/innen attraktiv ist, beschleunigt sich seine Verbreitung.

Umsetzung

Die **Stammgemeinschaften** und/oder **Hersteller** etablieren geeignete physische oder digitale Partizipationsformate (z.B. Workshops) für den Austausch mit den Anwender/innen.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse der geführten Interviews

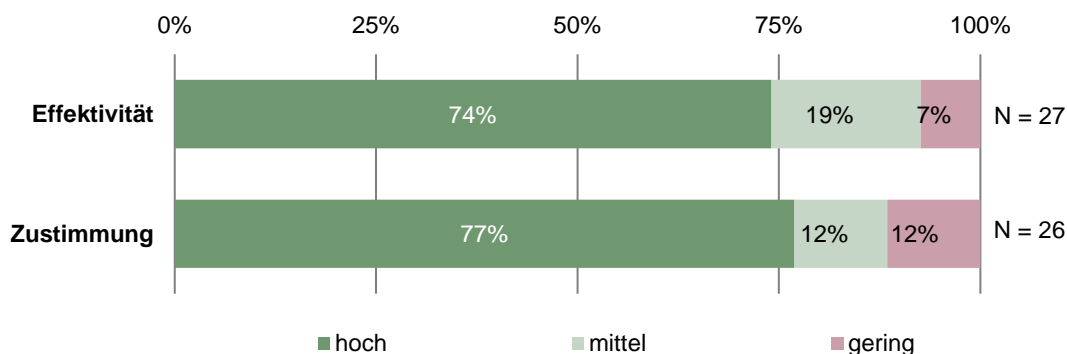
- Kein Experte/keine Expertin hat sich in den Interviews kritisch zum Einbezug der EPD-Anwender/innen geäussert. Die Massnahme wird als sinnvoll eingestuft.
- Es wurde aber auch betont, dass die Umsetzung nicht gratis ist. Die Mitwirkung von Patientenorganisationen/Gesundheitsligen wäre voraussichtlich abzugelten.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

(Stamm-)Gemeinschaften / Hersteller: EPD-Anwender/innen (Gesundheitsfachpersonen und Patient/innen) einbeziehen, um die Bedienbarkeit des EPD fortlaufend zu optimieren (z.B. Fokusgruppe)

Dem Einbezug der Nutzer/innen wird gemäss Umfrageergebnis grosse Bedeutung beigegeben: Die Massnahme liegt sowohl hinsichtlich Effektivität als auch hinsichtlich Zustimmung im vorderen Drittel aller Massnahmen.



Was spricht dafür?

- Nutzerperspektive ist wichtig
- Umsetzung ist einfach

Was spricht dagegen?

- braucht Ressourcen sowohl seitens der Organisatoren wie seitens der Teilnehmenden

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Wir erwarten nicht, dass diese Massnahme die Verbreitung des EPD unmittelbar stark befördern wird. Der Einbezug der Nutzer/innen bei der Weiterentwicklung und Optimierung des EPD hinsichtlich Benutzerfreundlichkeit ist aber sicher essenziell. Indirekt wird die Massnahme gemäss unserer Einschätzung also durchaus eine katalytische Wirkung auf die Verbreitung des EPD haben.

Einschätzung: empfehlenswert



4.4 Erleichterung Zugang

4.4.1 Massnahme N-14: Bezug der elektronischen Identität erleichtern

Akteur/e: Kantone und Stammgemeinschaften

Um was es geht

Um auf das EPD zugreifen zu können, benötigen Patient/innen und Gesundheitsfachpersonen gemäss Art. 7 EPDG eine sichere elektronische Identität, die eine starke Authentifizierung ermöglicht. Hierfür stehen bislang zwei nach EPDG zertifizierte Identifikationsmittel zur Verfügung. Weitere Herausgeber von Identifikationsmitteln (u.a. SwissSign sowie die Kantone GE und VD) beabsichtigen eine Zertifizierung nach EPDG.

Der Bezug dieser Identifikationsmittel kann für die Verbreitung des EPD aus folgenden Gründen eine Hürde darstellen:

- **Kosten:** Die Kosten der bislang auf dem Markt verfügbaren Identifikationsmitteln (inkl. Kosten des erforderlichen Identifikationsprozesses) sind vergleichsweise hoch. Falls diese Kosten auf die Patient/innen und Gesundheitsfachpersonen überwältigt werden, wirkt sich das negativ auf die Verbreitung und Nutzung des EPD aus.

- **Prozess:** Wenn der Bezug der elektronischen Identität prozessual nicht mit der EPD-Eröffnung verbunden ist und Patient/innen (oder ihre Stellvertreter/innen) sich hierfür an verschiedene Stellen wenden müssen, wirkt sich das ebenfalls hinderlich auf die Verbreitung des EPD aus.

Umsetzung

- Die **Kantone** könnten den Bezug der elektronischen Identität durch die Übernahme der Kosten erleichtern.
- Die **Stammgemeinschaften** könnten den Bezug der elektronischen Identität erleichtern, indem sie diesen Prozess mit dem Prozess zur Eröffnung des EPD zusammenlegen.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

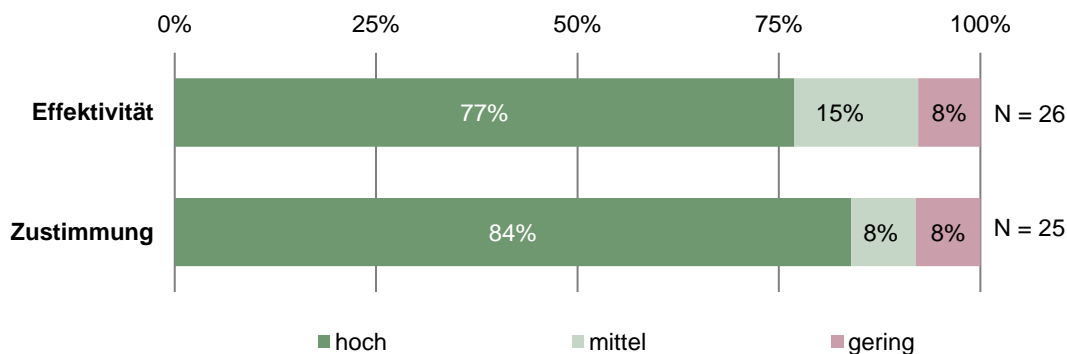
- Ein **einfacher Prozess** mit nur **einer Anlaufstelle** für den Bezug der elektronischen Identität und die Eröffnung des EPD wird von vielen der befragten Expert/innen als wichtig erachtet, insbesondere mit Blick auf die Bevölkerung bzw. die Patient/innen.
- Die befragten Vertreter der Stammgemeinschaften bestätigen die Bedeutung der Verknüpfung der beiden Prozessschritte: Bei der Einführung des EPD kommt es zu Verzögerungen, wenn nicht geklärt ist, wie und wo man die elektronische Identität beziehen kann.
- Auch die Kosten der elektronischen Identität (die mangels offen kommunizierter Preise nicht transparent sind) werden von den hierzu befragten Interviewpartner/innen als mögliche Hürde für die Nutzung und Verbreitung des EPD wahrgenommen und zwar für die Patient/innen wie auch für die Gesundheitsfachpersonen:
 - Ohne Unterstützung der öffentlichen Hand müssen die Patient/innen in einigen Stammgemeinschaften die Kosten mittelfristig wohl selbst übernehmen. Dies würde einen ungleichen Zugang zum EPD bedeuten, was die gesundheitliche Chancengleichheit beeinträchtigt.
 - Die Gesundheitsfachpersonen/-einrichtungen müssen die Kosten für die elektronische Identität in den meisten Kantonen von Beginn an selbst tragen. Insbesondere ausserhalb des Spitalbereichs kann das dazu führen, dass häufig nur wenige Gesundheitsfachpersonen direkten Zugang zum EPD haben (z.B. zwei ausgewählte Personen pro Heim).

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Kantone: Den Bezug der elektronischen Identität durch die Übernahme der Kosten erleichtern

Die hohe Zustimmung zu dieser Massnahme zeigt, dass viele Akteure ein Engagement der Kantone begrüßen würden. Die Effektivität mit Blick auf die Verbreitung des EPD wird von 3/4 der Stakeholder als hoch bewertet. Die Massnahme liegt damit im ersten Drittel sämtlicher bewerteter Massnahmen.



Was spricht dafür?

- voraussichtlich tiefere Preise, wenn die Kantone mit den Herausgebern über grosse Mengen verhandeln
- gleiche Zugangschancen zum EPD für alle
- mehr Teilnehmende am EPD = höherer Nutzen des EPD
- einfacher Zugangsprozess ist zentral

Was spricht dagegen?

- Mehrkosten für die Kantone in finanzpolitisch schwierigen Zeiten

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Wir empfehlen beide Teilmassnahmen zur Umsetzung und schliessen uns damit der hohen Priorisierung durch die Stakeholder an: Die Kantone sollten die Kosten für die elektronische Identität übernehmen und die Stammgemeinschaften sollten, wo noch nicht so vorgesehen, den Bezug der elektronischen Identität in den EPD-Eröffnungsprozess integrieren.

Einschätzung: empfehlenswert



4.4.2 Massnahme N-15: Zugang per Self-Onboarding vereinfachen

Akteur/e: Bund

Um was es geht

Um den Zugang zum EPD zu erleichtern, soll ein **Online-Self-Onboarding** möglich sein, d.h. eine selbständige EPD-Eröffnung via Internet. Dabei soll dieser Onboarding-Prozess idealerweise sowohl den Bezug der erforderlichen elektronischen Identität nach EPDG als auch die eigentliche Eröffnung des EPD umfassen. Denn eine Trennung dieser beiden Prozessschritte ist nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten und stellt eine Hemmschwelle bei der Verbreitung des EPD dar (zumindest in der Anfangsphase des EPD bzw. solange noch nicht viele Personen bereits über eine sichere elektronische Identität verfügen).

Folgende **zwei bundesrechtlichen Bedingungen** stellen für die Umsetzung eines Online-Self-Onboarding eine **Herausforderung** dar:

1. Patient/innen benötigen für den Zugriff auf das EPD eine **sichere elektronische Identität** gemäss den Anforderungen nach Art. 23 EPDV.
2. Patient/innen müssen gemäss Art. 3 Abs. 1 EPDG für die Erstellung des EPD (nach erfolgter Aufklärung) ihre **schriftliche Einwilligung** geben.

Zu 1. Sichere elektronische Identität:

- Bei den Identifikationsmitteln für das EPD wird ein Sicherheitsniveau mit «hohem Vertrauen» vorausgesetzt. Das Sicherheitsniveau gibt an, wie stark das Vertrauen in die behauptete Identität einer Person im elektronischen Geschäftsumfeld ist und wird massgeblich durch den Registrierungs- und Ausstellungsprozess der Identifikationsmittel bestimmt.
 - Gemäss Art. 23 Abs. 1 EPDV ist für Identifikationsmittel für das EPD konkret die Vertrauensstufe 3 der Norm ISO/IEC 29115:2013(E) erforderlich. Diese Stufe bedingt eine Registrierung entweder mit persönlicher Vorsprache beim Herausgeber bzw. einer Registrierungsstelle oder mit Hilfe einer Videoidentifikation gestützt auf einen staatlichen Ausweis.
 - Beide bislang zertifizierten Herausgeber von Identifikationsmitteln für das EPD (HIN für Gesundheitsfachpersonen, ELCA für Patient/innen und Gesundheitsfachpersonen) bieten mittlerweile während erweiterten Bürozeiten eine Identifikation per Video (via Smartphone, Tablet oder Computer) an. Die Identifikation dauert wenige Minuten. Anschliessend validiert der Herausgeber die Daten und stellt der Antragstellerin/dem Antragsteller dann die Benutzerdaten und ein Initialpasswort zu, mit denen diese/dieser die elektronische Identität fertig einrichten kann.
- Mit Blick auf die Bedingung einer sicheren elektronischen Identität scheint das Online-Self-Onboarding Stand heute **umsetzbar**. Der Entscheid, ob ein konkretes Verfahren einer Stammgemeinschaft zulässig ist, obliegt jedoch der Zertifizierungsstelle.

Zu 2. Schriftliche Einwilligung:

- Art. 16 EPDV konkretisiert, dass die Einwilligung vom Patienten, der Patientin unterzeichnet sein muss.
 - Gemäss der [Umsetzungshilfe «Einwilligung zur Eröffnung eines elektronischen Patienten-dossiers»](#) von eHealth Suisse gilt Folgendes: «Wird die Einwilligung auf elektronischem Weg erteilt, so ist die Schriftform eingehalten, wenn die Einwilligung mit einer elektronischen Unterschrift signiert wird, die den Anforderungen des Obligationenrechts Artikel 14 Absatz 2bis OR genügt (qualifizierte elektronische Signatur im Sinne des Bundesgesetzes über die elektronische Signatur, ZertES)».⁴³
- Mit Blick auf die Bedingung der schriftlichen Einwilligung scheint ein Online-Self-Onboarding heute damit zumindest **rechtlich umsetzbar**. Gemäss Aussage der befragten Expert/innen erschwert und verteuert jedoch die qualifizierte elektronische Signatur die Implementierung des Online-Self-Onboarding. Ein Verzicht auf diese Anforderung würde demnach eine schnellere Implementation des Online-Self-Onboarding ermöglichen. Nach erfolgter sicherer Identifikation und einer starken (Zwei-Faktor-)Authentifizierung sollten die Patientinnen und Patienten ihre Einwilligung auch mittels Klick auf der Website bestätigen können.

⁴³ eHealth Suisse (2018), S. 8

Umsetzung

Der **Bund** könnte zwecks Erleichterung des Self-Onboardings

- a) die Anforderungen an das Sicherheitsniveau der elektronischen Identität reduzieren
- b) bei der Online-Erteilung der informierten Einwilligung auf das Erfordernis einer qualifizierten elektronischen Signatur verzichten

Auswirkungen auf die Rechtsgrundlagen des Bundes

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | keine Anpassung erforderlich | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Änderung auf Verordnungsstufe | EPDV (SR 816.11) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Änderung auf Gesetzesstufe | EPDG (SR 816.1) |
| <input type="checkbox"/> | Prüfung der Verfassungskonformität | |

Einschätzungen zur rechtlichen Umsetzbarkeit

a) Anforderungen an das Sicherheitsniveau der elektronischen Identität reduzieren:

Sofern das Bundesgesetz über elektronische Identifizierungsdienste (BGEID) in Kraft tritt, sollen die Bestimmungen zu den Identifikationsmitteln mittelfristig aus dem EPDG gestrichen werden, weil es dann die vom Bund anerkannte E-ID geben wird. Für das EPD wird eine E-ID mit dem Sicherheitsniveau «substanziell» gemäss BGEID erforderlich sein. Die damit verbundenen Anforderungen entsprechen weitestgehend den heutigen Anforderungen an die elektronische Identität für das EPD. Deshalb macht es keinen Sinn, die Anforderungen an die Identifikationsmittel gemäss EPDG für eine Übergangszeit zu reduzieren. Zumal vorgesehen ist, dass die Identifikationsmittel für das EPD dann als E-ID nach dem BGEID anerkannt werden.

b) bei der Online-Erteilung der Einwilligung auf eine qualifizierte elektronische Signatur verzichten:

Nach Art. 3 Abs. 1 EPDG ist die schriftliche Einwilligung für die Erstellung eines EPD notwendig. Soll die Einwilligung auf elektronischem Weg erteilt werden, muss eine qualifizierte elektronische Signatur gemäss ZertES verwendet werden (siehe Ausführungen oben). Der Wille des Gesetzgebers ist damit klar und eindeutig (siehe auch Botschaft zum EPDG: Ausführungen zu Art. 3 Abs. 1; BBl 2013 5376). Der Verzicht auf eine qualifizierte elektronische Signatur bei der Eröffnung eines EPD wäre daher nur mittels Anpassung des EPDG möglich. Die Haftung für die Verwendung von elektronischen Signaturschlüsseln nach ZertES richtet sich nach Art. 59a OR.

Möglich sind aber schon nach geltendem Recht Modelle, bei denen die Eröffnung eines EPD weitgehend online erfolgen kann. So könnte der Antrag auf Eröffnung eines EPD online gestellt werden, die antragstellende Person druckt die Einwilligungserklärung aus oder ihr wird diese durch die Stammgemeinschaft zugestellt, so dass die unterzeichnete Einwilligungserklärung an die Stammgemeinschaft retourniert werden kann.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

- Dass ein einfacher Zugang zum EPD für die Verbreitung äusserst relevant ist, ist unbestritten. In diesem Sinne wird auch eine Vereinfachung des Self-Onboardings begrüsst.

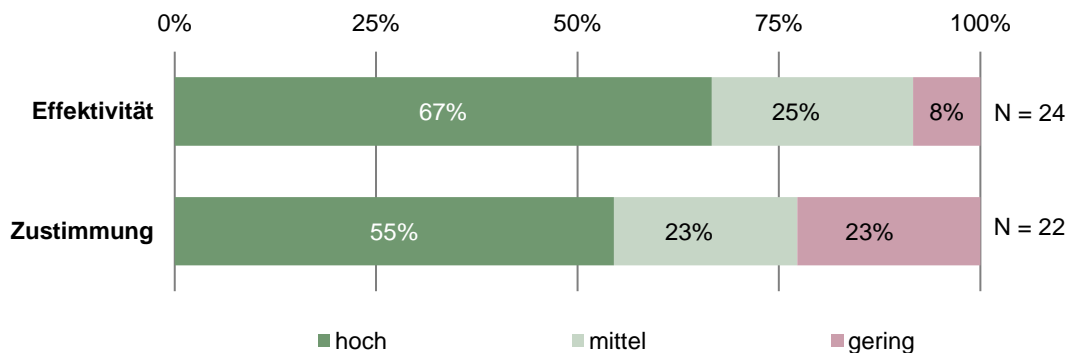
- Skepsis besteht hingegen gegenüber einer Reduktion der Anforderungen an das Sicherheitsniveau der elektronischen Identität. Eine solche Reduktion sei aufgrund der Möglichkeit der Video-Identifikation auch nicht wirklich erforderlich.
 - Einzelstimmen fordern, die Video-Identifikation zu einer zwingenden Bedingung für Herausgeber von Identifikationsmitteln zu erklären, um das Self-Onboarding zu erleichtern.
 - Die Herausforderung, die mit der elektronischen Signatur verbunden ist, ist ausschliesslich den Expert/innen aus der Entwicklung bekannt.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Bund: Die Dossiereröffnung per «self-onboarding» vereinfachen, indem die Anforderungen an das Identifikationslevel herabgesetzt werden.

Die Umfrageergebnisse bestätigen, dass das Self-Onboarding für die Verbreitung des EPD von vielen Stakeholdern als relevant eingestuft wird. Die Zustimmung fällt hingegen tiefer aus als die Bewertung der Effektivität. Wir vermuten, dass dies mit der gewählten Formulierung der Massnahme zusammenhängt, die implizierte, dass die Förderung des Self-Onboardings zulasten des Sicherheitsniveaus gehen würde.



Was spricht dafür?

- Online-Self-Onboarding bietet einen niederschweligen Zugang zum EPD
- das Self-Onboarding lässt sich ohne Abstriche bei Datenschutz und Datensicherheit umsetzen

Was spricht dagegen?

- Gesetzesanpassung dauert zu lange: Self-Onboarding muss schnell umgesetzt werden

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Das Self-Onboarding ist auch aus unserer Sicht unbestritten relevant für eine schnelle Verbreitung des EPD in der Bevölkerung. Ein Verzicht auf das Erfordernis einer qualifizierten elektronischen Signatur bei der Abgabe der Einwilligung zur Erstellung eines EPD könnte die Implementierung des Self-Onboardings beschleunigen. Hierfür scheint aber eine Gesetzesanpassung erforderlich. Wenn diese Anpassung nicht im Rahmen einer **dringlichen Revision** des EPDG erfolgen kann, dann bringt sie wohl nicht mehr viel, weil sie zu spät kommt: Bis dahin muss längst eine praktikable und einfache Lösung für das Self-Onboarding gefunden worden sein.

Einschätzung: eingeschränkt empfehlenswert



4.4.3 Massnahme N-16: Breites und niederschwelliges Angebot an EPD-Eröffnungsstellen sicherstellen

Akteur/e: Stammgemeinschaften

Um was es geht

Um den Zugang zum EPD zu erleichtern, sollen EPD-Eröffnungsstellen für die Bevölkerung auf möglichst kurzen Wegen gut erreichbar sein und sich an Orten befinden, an denen sich das Alltagsleben abspielt (also z.B. nicht nur in Spitälern).

Umsetzung

Die **Stammgemeinschaften** stellen ein breites und niederschwelliges Angebot an EPD-Eröffnungsstellen sicher.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse der geführten Interviews

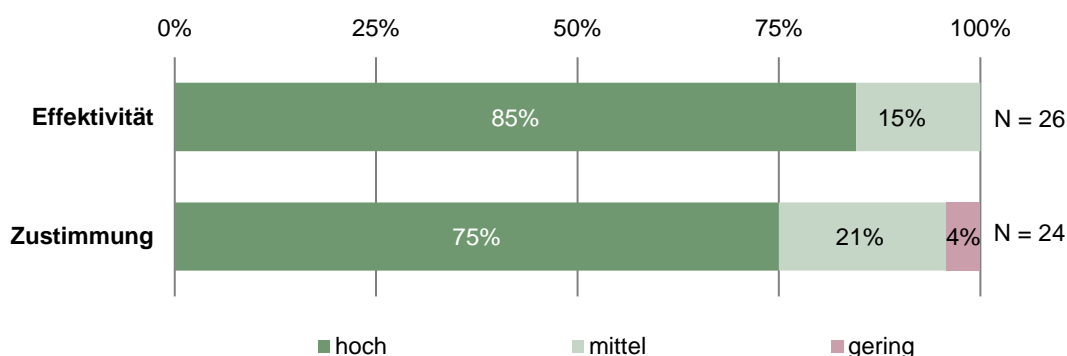
- Die Massnahme ist bei den befragten Stakeholdern zumeist unbestritten.
- Eine kontroverse Einzelstimme hat jedoch die Ansicht vertreten, zu viele Eröffnungsstellen könnten auch Verwirrung stiften.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Stammgemeinschaften: Breites und niederschwelliges Angebot an Eröffnungsstellen sicherstellen

Ein breites Angebot an EPD-Eröffnungsstellen ist mit Blick auf die Effektivität die am drittbesten bewertete Massnahme insgesamt. Die Zustimmung fällt etwas tiefer aus, was ausgehend von einzelnen Kommentaren evtl. damit zusammenhängt, dass diese Massnahme nicht zwingend nur durch die Stammgemeinschaften umgesetzt werden kann.



Was spricht dafür?

– Gut erreichbare und mit dem Alltagsleben verknüpfte Eröffnungsstellen senken die Zugangsschwelle massgeblich

Was spricht dagegen?

– Mehrkosten für die teilweise bereits heute unterfinanzierten Stammgemeinschaften

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Wir schliessen uns dem weitgehenden Konsens der Stakeholder an und empfehlen diese Massnahme ebenfalls zur Umsetzung.

Einschätzung: empfehlenswert



4.5 Anreize

4.5.1 Massnahme N-17: Nutzung der technischen EPD-Infrastruktur für interoperable Zusatzdienste erlauben

Akteur/e: Bund

Um was es geht

Idee dieser Massnahme ist es, Gesundheitsfachpersonen für die Teilnahme am EPD zu gewinnen, indem man durch das Zurverfügungstellen der technischen EPD-Infrastruktur eine beschleunigte Entwicklung von interoperablen Zusatzdienste erlaubt, von denen sich insbesondere auch die ambulanten Gesundheitsfachpersonen, allen voran die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, einen direkten betriebswirtschaftlichen Nutzen versprechen:

«In diesem Umfeld entstehen derzeit Zusatzdienste, die den Kommunikationsbedürfnissen der Gesundheitsfachpersonen entsprechen. Darüber hinaus bieten diese Zusatzdienste eine echte Prozessunterstützung und tragen damit zu einer effizienteren Gesundheitsversorgung bei.»⁴⁴

Zusatzdienste ermöglichen es, Berichte, Befunde oder Überweisungen mit dem Einverständnis der Patient/innen direkt aus dem Primärsystem mit anderen Behandelnden digital auszutauschen. EPD und Zusatzdienste bilden dabei zwei Seiten einer Medaille: Wenn die Gesundheitsfachpersonen ihre Primärsysteme für den elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusatzdienste ausrüsten, wird die Hürde für die Teilnahme am EPD viel kleiner.

Die Zusatzdienste sind für die Digitalisierung im Gesundheitswesen essentiell und es braucht sie auch deshalb ergänzend zum EPD, weil aufgrund der freiwilligen Teilnahme längst nicht alle Patient/innen über ein EPD verfügen werden.

Für diese Zusatzdienste muss heute jedoch eine parallele Infrastruktur aufgebaut werden, da die EPD-Infrastruktur gemäss EPDG nur für das EPD selbst genutzt werden darf (Zweckbindung). Diese Investitionen können (teilweise) eingespart werden, wenn die Nutzung der technischen Komponenten der EPD-Plattform (Patientenidentifikator, Master-Patient-Index, Dokumentenablage) auch für Zusatzdienste erlaubt wird. Die Entwicklung von Zusatzdiensten wird dadurch massgeblich erleichtert.

Damit die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorankommt, ist es jedoch wichtig, dass bei den Zusatzdiensten eine **schweizweite Vernetzung** erreicht wird und **keine digitalen Grenzen** zwischen den EPD-(Stamm-)Gemeinschaften entstehen. Konkret ist die technische und semantische Interoperabilität von Zusatzdiensten zu gewährleisten.

Seit November 2019 liegen hierzu erste [Empfehlungen](#) von eHealth Suisse vor. Mit der Umsetzung dieser Empfehlungen hapert es aber: Die meisten (Stamm-)Gemeinschaften setzen auf proprietäre, d.h. nicht interoperable, Lösungen. Die Anbieter dieser Lösungen wollen sich

⁴⁴ Gilli (2019)

damit unter anderem einen Wettbewerbsvorteil verschaffen und ihre Kunden (=Gesundheitsfachpersonen) binden.

Mit der vorliegenden Massnahme soll deshalb für die (Stamm-)Gemeinschaften ein starker **Anreiz für mehr Interoperabilität** gesetzt werden: Die EPD-Infrastruktur soll nur geöffnet werden, wenn darauf technisch und semantisch **interoperable Zusatzdienste** laufen. Proprietäre Lösungen dürfen dort nur Platz haben, wenn es um Prozesse innerhalb der Gemeinschaften geht.

Umsetzung

Der **Bund** müsste im EPDG eine Bestimmung vorsehen, die die Nutzung der technischen EPD-Infrastruktur auch für (ausgewählte und zu definierende) **interoperable Zusatzdienste** erlaubt.

Auswirkungen auf die Rechtsgrundlagen des Bundes

<input type="checkbox"/>	keine Anpassung erforderlich	
<input checked="" type="checkbox"/>	Änderung auf Verordnungsstufe	EPDV (SR 816.11), EPDV-EDI (SR 816.111)
<input checked="" type="checkbox"/>	Änderung auf Gesetzesstufe	EPDG (SR 816.1)
<input checked="" type="checkbox"/>	Prüfung der Verfassungskonformität	

Einschätzungen zur rechtlichen Umsetzbarkeit

In einem ersten Schritt wäre **einzelfallweise** abzuklären, ob die notwendige Verfassungsgrundlage besteht, damit ein bestimmter Zusatzdienst auf die EPD-Infrastruktur zugreifen darf. Der Bund hat beispielsweise umfassende Regelungskompetenzen im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117 BV), womit Zusatzdienste in diesem Bereich geregelt werden könnten. Zudem verfügt der Bund ebenfalls über die Kompetenz, die privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit zu regeln (Art. 95 BV), wobei zu prüfen wäre, ob der Zugriff eines konkreten Zusatzdienstes auf die EPD-Infrastruktur verfassungskonform und insb. mit der Wirtschaftsfreiheit vereinbar ist.

Für die konkrete Regelung im EPDG sind unterschiedliche Varianten denkbar: Es könnte eine spezifische oder generische Liste von Zusatzdiensten im EPDG festgehalten werden, für die die Nutzung der EPD-Infrastruktur erlaubt ist. Oder es könnte eine Delegationsnorm geschaffen werden, welche die Regelung der Liste dem Bundesrat, dem EDI oder sogar dem BAG überträgt.

Weil die klare Trennung von EPD-Vertrauensraum und Zusatzdiensten aufgeweicht wird, ist bei Umsetzung dieser Massnahme mit Kritik von Seiten des Datenschutzes zu rechnen.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

- Die grosse Mehrheit der befragten Expert/innen begrüsst diese Massnahme klar.
- Einige Stakeholder würden gar noch weitergehen: Die Zusatzdienste sollten nicht nur einzelne Komponenten der EPD-Infrastruktur nutzen können, sondern sie sollten explizit auf der teuer erstellten und sicheren EPD-Plattform aufgebaut sein. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Sicherheit für die Zusatzdienste geringer ist als im EPD-Vertrauensraum (obwohl es um die gleichen Daten geht).

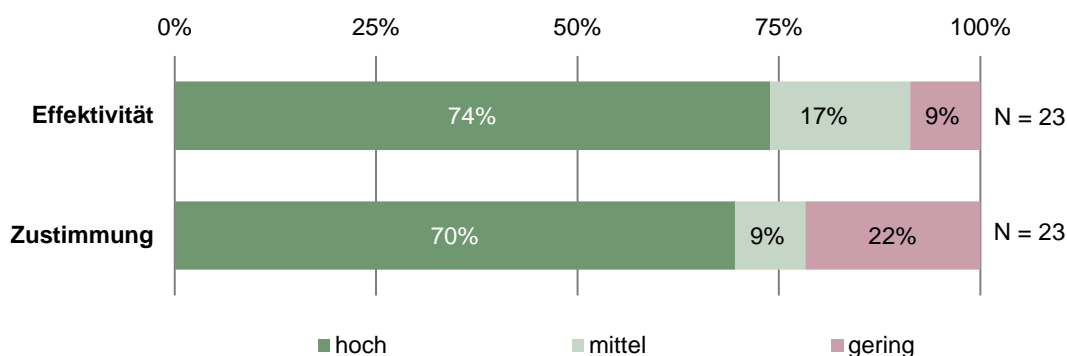
- Ein Experte spricht sich deutlich dafür aus, dass das BAG (entsprechend ausgerüstet mit zusätzlichen Ressourcen) den Lead für die Entwicklung interoperabler Zusatzdienste übernehmen soll. Er erachtet es nicht als realistisch, dass private B2B-Anbieter («Business-to-Business») schweizweit kompatible Lösungen entwickeln. Bei einem derart heterogenen Markt (Kantone, Stammgemeinschaften) sei das Investitionsrisiko viel zu gross. Es würden lediglich kleine minimale Insellösungen ohne Interoperabilität und ausreichende Datensicherheit entstehen. Bei einem klaren Lead des BAG könne dieses auch die semantische Standardisierung weiter vorantreiben.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Bund: Nutzung der technischen **EPD-Infrastruktur** (Patientenidentifikator, MPI, Dokumentenablage) für **Zusatzdienste** erlauben, weil diese einen direkten betriebswirtschaftlichen Nutzen für die Gesundheitsfachpersonen bieten.

In der Online-Befragung gehört die Massnahme mit Blick auf die Effektivität zum vorderen Drittel. Bezüglich der Zustimmungswerte liegt die Massnahme im Mittelfeld.



Was spricht dafür?

- Erleichterung für die Entwicklung von Zusatzdiensten, die einen betriebswirtschaftlichen Nutzen für die Gesundheitsfachpersonen haben und für die Digitalisierung im Gesundheitswesen essenziell sind
- Effizienzgewinn, wenn für die Zusatzdienste keine vollständige parallele Infrastruktur aufgebaut werden muss
- Anreizwirkung für eine schweizweite Vernetzung und Standardisierung der Zusatzdienste

Was spricht dagegen?

- Effekt auf die Verbreitung des EPD ist eher indirekt
- evtl. Datenschutzbedenken

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Wir gehen davon aus, dass über die als äusserst nützlich erachteten Zusatzdienste bei den ambulanten Gesundheitsfachpersonen effektiv ein Digitalisierungsschub erzeugt werden kann, der auch dem EPD zugutekommt.

Auch wenn die Freiwilligkeit für die ambulanten Gesundheitsfachpersonen aufgehoben werden sollte, erachten wir diese Massnahme als sinnvoll, weil die Zusatzdienste für die Digitalisierung im Gesundheitswesen essenziell sind.

Einschätzung: empfehlenswert



4.5.2 Massnahme N-18: Im Krankenversicherungsbereich monetäre Anreize für die Bevölkerung schaffen

Akteur/e: Versicherer

Um was es geht

Mit finanziellen Anreizen im Bereich der Krankenversicherung soll die Bevölkerung dazu motiviert werden, ein EPD zu eröffnen.

Umsetzung

Für die Umsetzung stehen den **Versicherern** im Grundsatz folgende Möglichkeiten zur Verfügung, wie sie ihren Versicherten mit einem EPD Sparmöglichkeiten bzw. Anreize bieten können:

1. Prämienrabatte in der Grundversicherung im Rahmen von **Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer** nach Art. 41 Abs. 4 KVG
2. allenfalls Prämienrabatte/reduzierte Franchisen in der Grundversicherung im Rahmen von Versuchen mit **neuen Versicherungsmodellen**, die gestützt auf den **Experimentierartikel** durchgeführt werden könnten, der im Rahmen der Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 eingeführt werden soll
3. Prämienrabatte für Zusatzversicherungen (VVG)
4. Bonuspunkte für Zusatzversicherungen (VVG)

Zu 1.: Im Rahmen der weit verbreiteten Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (ca. 70 Prozent der Versicherten haben ein solches Modell gewählt) könnten bestehende (z.B. HMO-)Modelle um eine **zusätzliche Einschränkung bei der Wahl der Leistungserbringer** erweitert werden, indem aus dem bereits reduzierten Kreis an Leistungserbringern nur solche mit EPD-Anschluss ausgewählt werden können. Darüber hinaus müssten auch die Versicherten selbst über ein EPD verfügen. Die Details wären in den Versicherungsbedingungen zu regeln. Derartige «Kombi-Modelle» (z.B. HMO + EPD) sind gestützt auf die aktuelle gesetzliche Lage aber sowohl für Versicherer wie für Versicherte **freiwillig**.

Für diese Modelle würde wie generell für Versicherungsmodelle nach Art. 41 Abs. 4 KVG gelten, dass die Prämienrabatte den zu erwartenden **Kosteneinsparungen** entsprechen müssen. Dieser Nachweis muss bei der Einführung eines neuen Modells aber noch nicht vorliegen, sondern ist innerhalb von fünf Jahren vorzulegen. Die Prämienrabatte können gemäss Art. 101 Abs. 3 KVV höchstens 20 Prozent betragen. Es stellt sich also die Frage, wie viele zusätzliche Prozentpunkte bei einer Erweiterung bestehender Modelle überhaupt noch möglich sind. Bei geringfügigen zusätzlichen Rabattprozenten (bis +2 Prozent) kann angenommen werden, dass die Prüfung des Kostennachweises aufgrund des Unschärfereichs nicht sehr rigoros ausfallen dürfte. Gleichzeitig stellt ein geringer zusätzlicher Prämienrabatt auch keinen grossen Anreiz dar: Weder für die Versicherten noch für die Versicherer. Um das Interesse von Versicherern und Versicherten zu wecken, z.B. für HMO-Modelle mit EPD-Anschluss, bräuhete es also allenfalls höhere Rabatte. Hierfür wäre eine Änderung der KVV erforderlich.

Es ist jedoch fraglich, ob das EPD in der Anfangszeit Kosteneinsparungen ermöglicht, die mehr als nur geringfügig sind.

Zu 2.: Da sich der **Experimentierartikel** noch in der parlamentarischen Beratung befindet, können zu dieser allfälligen Möglichkeit noch keine weiterführenden Aussagen gemacht werden.

Zu 3.: Die Gewährung eines **EPD-Rabatts im VVG-Bereich** ist den Versicherern freigestellt. Aus Branchensicht ist dies aber nicht realistisch, weil das EPD – wenn überhaupt – zu Einsparungen im Bereich der Grundversicherung und nicht der Zusatzversicherung führe und auch nicht anzunehmen sei, dass eine Zusatzversicherung aufgrund eines EPD-Rabatts ihren Kundstamm wesentlich vergrössern könnte.

Zu 4.: Auch die Verteilung von **Bonuspunkten** steht den Versicherern im **VVG-Bereich** offen. Diese Idee ist aus Branchensicht aber ebenfalls unrealistisch: Die Versicherer haben für ihre Bonusprogramme eigene «Patientendossiers» aufgebaut. Wenn die Kunden ein EPD eröffnen, wechseln sie die Plattform und nutzen künftig das Gesundheitsportal der Stammgemeinschaften. Das ist nicht im Sinne der Versicherer. Daher haben sie keinen Anreiz, das EPD zu portieren.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse der geführten Interviews

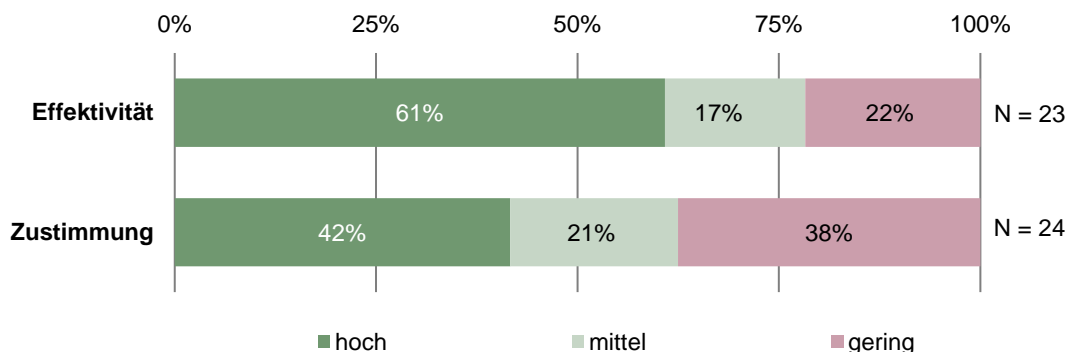
- Mehrere befragte Expert/innen äussern sich skeptisch dazu, wenn für die Bevölkerung eine Verbindung zwischen EPD und Krankenversicherung hergestellt wird. Dies könne zu Verwirrung führen und sei heikel bis gefährlich, wenn fälschlicherweise angenommen werde, dass die Krankenversicherer Zugriff auf das EPD haben.
- Skeptisch gegenüber dieser Massnahme sind einige Expert/innen auch, weil sie davon ausgehen, dass primär junge, IT-affine Gesunde derartige Versicherungsmodelle wählen würden. Das sei nicht die Zielgruppe, für die das EPD besonders viel Nutzen stiften würde.
- Einer Umsetzung über Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer stehen die Patientenorganisationen zudem kritisch gegenüber, weil bei einer starken Einschränkung der Wahlfreiheit auch Versorgungsprobleme entstehen können.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Versicherer & Bund: Im **Grund- und/oder Zusatzversicherungsbereich** für die Bevölkerung monetäre Anreize zur EPD-Teilnahme schaffen.

Hinsichtlich Effektivitätsbeurteilung liegt diese Massnahme im hinteren Mittelfeld. Mit Blick auf die Zustimmung gehört die Massnahme klar zu den am schlechtesten Bewerteten.



Was spricht dafür?

- eine Erweiterung der bestehenden Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ist einfach umsetzbar und ist insbesondere bei HMO-Modellen auch gut vorstellbar
- bei geringfügigen Zusatzrabatten dürfte der Nachweis von Kosteneinsparungen gelingen

Was spricht dagegen?

- bei geringfügigen Zusatzrabatten (bis 2 Prozent) dürfte der Drang der Versicherer, derartige Modelle anzubieten, klein sein
- wenn es nur wenige Angebote gibt, fällt auch die Anreizwirkung für die Bevölkerung und somit der Effekt auf die Verbreitung des EPD bescheiden aus

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Wir schätzen den Effekt von alternativen Versicherungsmodellen mit EPD-Verpflichtung für die Verbreitung als bescheiden ein. Bei der geltenden Rechtslage mit einer Rabattbeschränkung von 20 Prozent wären wohl in (HMO-)Modellen mit zusätzlicher EPD-Verpflichtung nur geringfügige Zusatzrabatte (bis 2 Prozent) möglich. Gleichzeitig erscheint es aus heutiger Sicht eher unwahrscheinlich, dass innerhalb von 5 Jahren (Frist für den Nachweis) dank dem EPD Kosteneinsparungen resultieren, die Rabatte in der Grössenordnung von 5 Prozent und mehr rechtfertigen würden.

Einschätzung: eingeschränkt empfehlenswert



4.5.3 Massnahme N-19: Im ambulanten Arzt-Tarif eine angemessene Abgeltung sicherstellen

Akteur/e: Tarifpartner, subsidiär Bund und Kantone

Um was es geht

Mit einer angemessenen Tarifierung soll die Ärzteschaft im ambulanten Bereich zur Teilnahme am EPD motiviert werden. Dies vor dem Hintergrund, dass das EPD im ambulanten Bereich freiwillig ist und die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gemäss dem [Swiss eHealth Barometer 2020](#) unter den befragten Gesundheitsfachpersonen diejenige Berufsgruppe sind, die vom EPD am wenigsten überzeugt und am wenigsten bereit ist, sich einer (Stamm-)Gemeinschaft anzuschliessen.

Die Ärzteschaft (vertreten durch die FMH und die Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften KKA) fordert seit der Vernehmlassung zum EPDG tarifarische Massnahmen, weil die Anwendung des EPD aus ihrer Sicht zu einem zeitlichen Mehraufwand führt.

Für eine differenzierte Diskussion dieses Anliegens sind im Wesentlichen drei Aspekte zu unterscheiden:

1. Mehraufwand für das Zurverfügungstellen behandlungsrelevanter Informationen im EPD
2. Mehraufwand für das Studium der behandlungsrelevanten Informationen aus dem EPD
3. Mehraufwand für die Beantwortung von Patientenfragen rund um das EPD

Zu 1. Zurverfügungstellen behandlungsrelevanter Informationen: Dieser Mehraufwand entfällt weitgehend, wenn das eigene Praxisinformationssystem mittels entsprechender Schnittstelle direkt ans EPD angeschlossen ist, weil dann viele Daten automatisiert ins EPD weitergegeben werden können. Wie in Massnahme 12 (Kap. 4.3.3) beschrieben wurde, müssen diese EPD-Schnittstellen von den Software-Herstellern jedoch erst entwickelt werden. Die dafür anfallenden Investitionskosten der Arztpraxen fliessen zwar zeitlich verzögert in die Kostenmodelle ein, die der Tarifierung der Infrastruktur- und Personal-Leistungen im ambulanten Arzt-Tarif zugrunde liegen. Von allfälligen Anpassungen profitiert dann aber die ganze Ärzteschaft und nicht nur jene, die am EPD teilnehmen.

Ohne EPD-Anschluss der Primärsysteme muss der Zugriff auf das EPD über ein Web-Portal erfolgen: In diesem Fall entsteht effektiv ein Mehraufwand für den manuellen Import und Export von EPD-Dokumenten. Da die Leistungsdokumentation nicht separat tarifiert ist, sondern über die zumeist als Handlungsleistungen tarifierten Behandlungen/Untersuchungen abgegolten wird (d.h. fixe Minutage pro Handlung, kein Zeittarif), erhalten Ärzt/innen, die am EPD teilnehmen, für ihren Mehraufwand keine spezifische Abgeltung (und wenn die Produktivität angepasst wird, die zur Berechnung der Ärztlichen Leistung herangezogen wird, betrifft das wiederum die ganze Ärzteschaft und nicht nur diejenigen, die am EPD teilnehmen). Hier ist anzumerken: Für die Bestimmung eines wirtschaftlichen Tarifs dürfen von den transparent ausgewiesenen Kosten ausschliesslich nur diejenigen vergütet werden, die einer effizienten Leistungserbringung entsprechen (Art. 59c Abs. 1 Bst. b KVV). Aus tarifrechtlicher Sicht ist daher zu erwarten, dass die Primärsysteme mit dem EPD verknüpft werden.

Zu 2. Studium behandlungsrelevanter Informationen: Mit dem EPD kommt für die Ärzteschaft ein neuer Informationskanal dazu, der zusätzlich zu screenen ist:

- Bei einem Teil der im EPD abgelegten behandlungsrelevanten Informationen wird es sich um Dokumente handeln, die die Ärzteschaft bislang auf anderem Kanal erreicht haben, die mit dem EPD jetzt aber schneller und in jedem Fall digital zur Verfügung stehen.
- Dank dem EPD dürften künftig aber auch Informationen vorliegen, die bislang im Patientengespräch (mehr oder weniger mühsam und vollständig) hatten rekonstruiert oder von anderen Gesundheitsfachpersonen hatten eingeholt werden müssen.
- Schliesslich wird das EPD vermutlich auch Informationen enthalten, die nicht für jede einzelne Konsultation/Behandlung relevant sind.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das EPD mit Blick auf die Informationsbeschaffung der Ärzteschaft sowohl zu Mehr- wie auch zu Minderaufwand führen kann. Wie die Bilanz effektiv ausfallen wird, können nur konkrete Erhebungen zeigen. Die Informationsbeschaffung kann dabei – unabhängig vom Kanal – bereits heute nach einem Zeittarif abgerechnet werden.

Hierfür stehen verschiedene Leistungspositionen zur Verfügung, z.B. Konsultation oder Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten. Diesen Positionen ist jedoch gemein, dass sie mit einer Limitation versehen sind.⁴⁵

Zu 3. Beantwortung von Patientenfragen: Da die Ärzteschaft bei der Bevölkerung ein hohes Vertrauen genießt, ist auf jeden Fall damit zu rechnen, dass Fragen rund um das EPD in den Arztpraxen zum Thema werden. Während die Ärzteschaft die Patient/innen für Informationen zum EPD an die Stammgemeinschaften weiterverweisen kann, ist aber auch mit einer Zunahme von medizinischen Fragen zu rechnen, wenn die Patient/innen einen direkten Zugang zu behandlungsrelevanten Informationen haben. Inwiefern diese Mehrleistungen mit den bestehenden Leistungspositionen (insbesondere der auf 20 Minuten beschränkten Konsultation) sachgerecht abgegolten werden können, wird erst die Umsetzung zeigen.

Umsetzung

Die **nationalen Tarifpartner** könnten im ambulanten Arzt-Tarif folgende **Anpassungen** vornehmen:

- Bei **bestehenden Tarifpositionen** einen Unterschied für Ärztinnen/Ärzte mit/ohne EPD-Anschluss vorsehen, z.B. andere Limitation bei der Konsultation oder beim Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten: Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass monetäre Anreize in einem Tarif nicht gesetzeskonform sind. Gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG müssen die Tarifpartner beziehungsweise die festsetzenden Behörden bei der Tarifierung auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife achten. Zudem würde eine solche Anpassung zu einer Ungleichbehandlung von Patienten/innen führen.
- **Neue Tarifposition/en** für konkrete Leistungen rund um das EPD schaffen, z.B. Studium des EPD

Die Tarifanpassung/en müssten anschliessend vom Bundesrat genehmigt werden.

Gemäss Botschaft zum EPDG sollen die Tarifpartner mittelfristig eine Tarifanpassung hinsichtlich der Abgeltung der Aufwendungen für die Datenbearbeitung im elektronischen Patientendossier anstreben (vgl. Botschaft zum EPDG: BBl 2013 5352). Andernfalls behält sich der Bundesrat vor, gestützt auf seine Kompetenz nach Art. 43 Abs. 5bis KVG eine Anpassung der Tarifstruktur vorzunehmen. Wie aus der Stellungnahme des Bundesrates vom 22.11.2017 zur [Interpellation Graf-Litscher 17.3694](#) hervorgeht, gehört die Information der Patientinnen und Patienten über die Grundsätze der Datenbearbeitung des elektronischen Patientendossiers hingegen nicht zu den abgeltungsberechtigten Leistungen nach KVG. Für die Aufklärung der Patient/innen seien die Stammgemeinschaften zuständig.

Alternativ ist theoretisch denkbar, dass die **kantonalen Tarifpartner unterschiedliche Taxpunktwerte** für Ärztinnen/Ärzte mit/ohne EPD-Anschluss (Zuschlag/Abschlag) aushandeln bzw. die **Kantonsregierungen** unterschiedliche Taxpunktwerte festsetzen, sofern sich die Tarifpartner nicht einigen können. Eine Differenzierung bei den Taxpunktwerten dürfte aber aufgrund der Tarifierungsgrundsätze gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG nicht zulässig sein.

⁴⁵ Die Konsultation ist auf 20 Min. (für Patienten über 6 und unter 75 Jahren) bzw. auf 30 Min. pro Sitzung (für Patienten unter 6 und über 75 Jahren sowie bei Patienten mit einem erhöhten Behandlungsbedarf) limitiert. Die Leistungen in Abwesenheit (darunter das Aktenstudium, aber auch Erkundigungen bei Dritten, Auskünfte an Angehörige, Besprechung mit Therapeuten, etc.) sind insgesamt auf 30 Min. (für Patienten über 6 und unter 75 Jahren) bzw. 60 Min. pro 3 Monate (für Patienten unter 6 und über 75 Jahren sowie bei Patienten mit einem erhöhten Behandlungsbedarf) limitiert.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse der geführten Interviews

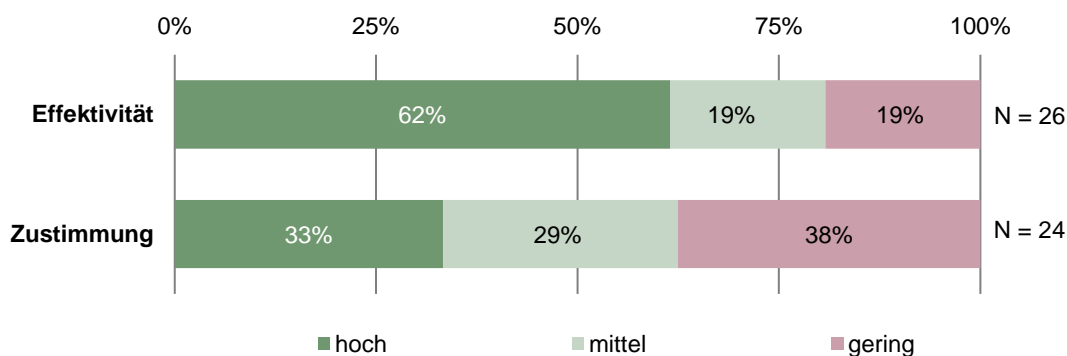
- Der Grossteil der befragten Expert/innen ist der Ansicht, dass die Ärzteschaft primär durch den Nachweis der Nützlichkeit für das EPD zu gewinnen ist. Die Effektivität tarifarischer Massnahmen wird bezweifelt.
- Einige Stakeholder zeigen aber durchaus Verständnis dafür, dass die Ärzteschaft EPD-bedingten Mehraufwand abgegolten haben möchte – insbesondere solange die Primärsysteme über keine EPD-Schnittstellen verfügen.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Tarifpartner: Im ambulanten Arzt-Tarif monetäre Anreize für die EPD-Nutzung setzen.

Bei dieser Massnahme klafft die Beurteilung der Effektivität und die Zustimmung der Stakeholder deutlich auseinander: Bezüglich Effektivität gehört die Massnahme zwar nicht zu den Top-Massnahmen, befindet sich aber im Mittelfeld. Bezüglich Zustimmung schneidet eine Tarifierfassung aber auf dem zweitschlechtesten Platz ab.



Was spricht dafür?

– bei Patient/innen mit EPD ist eine Zunahme medizinischer Fragen wahrscheinlich; ob dieser Aufwand mit der auf 20 Minuten beschränkten Konsultation abgegolten werden kann, ist offen

Was spricht dagegen?

– es resultieren Mehr- und Minderaufwände; für eine sachgerechte Tarifierfassung braucht es konkrete Erhebungen

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Aus unserer Sicht gibt es durchaus valide Argumente, warum eine Teilnahme am EPD für die Ärzteschaft zu Mehraufwänden führen kann:

- Ohne EPD-anschlussfähige Primärsysteme halten wir den mit dem manuellen Import und Export von EPD-Daten verbundenen Mehraufwand gar für ein mögliches Killerkriterium. Und zwar nicht primär aus finanziellen, sondern aus Praktikabilitätsgründen: Im dichtgedrängten Alltag ist ein gleichzeitiges Arbeiten in zwei Systemen einfach nur mühsam. Eine EPD-Anbindung der Primärsysteme ist zwingend. Eine Abgeltung des Mehraufwands für Ärztinnen und Ärzte ohne EPD-Anschluss wirkt hier im negativen Sinn strukturerhaltend. Zudem ist aus tarifrechtlicher Sicht die effiziente Leistungserbringung vorauszusetzen.

- Allfällige Mehraufwände bei der Informationsbeschaffung und der Beantwortung medizinischer Fragen können über bestehende Leistungspositionen (z.B. Konsultation) im Rahmen der geltenden Limitationen teilweise bereits abgerechnet werden. Hier werden erst Erhebungen zur konkreten Praxis zeigen können, ob am EPD teilnehmende Ärztinnen und Ärzte benachteiligt sind.

Mit Blick auf die Verbreitung des EPD bei der niedergelassenen Ärzteschaft (bei angemessener Aufrechterhaltung der Freiwilligkeit) stellt eine unmittelbare Tarifierung unserer Ansicht nach höchstens eine Second-Best-Lösung darstellt: Viel wichtiger ist die Integration der Primärsysteme (→ «Killerkriterium») und konkrete (betriebswirtschaftliche) Nutzen im Praxisalltag.

Mittelfristig ist es aber sicher angezeigt, die Auswirkung des EPD auf die Leistungserbringung im ambulanten Bereich zu untersuchen und mit Blick auf eine sachgerechte Vergütung gegebenenfalls Tarifierungen vorzunehmen.

Einschätzung: eingeschränkt empfehlenswert



4.6 Finanzierung EPD-Infrastruktur und -Betrieb

4.6.1 Massnahme N-20: Zertifizierungsverfahren durch eine staatliche Anerkennung ersetzen

Akteur/e: Bund

Um was es geht

Die Zertifizierung von (Stamm-)Gemeinschaften, durchgeführt von akkreditierten privatwirtschaftlichen Akteuren, soll durch eine staatliche Anerkennung ersetzt werden: Indem der Bund die Haftung und damit die abschliessende Verantwortung übernimmt, sollten die Prüfverfahren vereinfacht und weniger ressourcenintensiv ausfallen.

Das Zertifizierungsverfahren hat in der Einführungsphase zu Verzögerungen und Unmut gesorgt. Demnächst werden die Erst-Zertifizierungen, die auf Seiten aller Beteiligten deutlich mehr Ressourcen beansprucht haben als erwartet, abgeschlossen sein. Das Zertifizierungsverfahren wird aber weiterhin beträchtliche Ressourcen der finanziell unzureichend ausgestatteten (Stamm-)Gemeinschaften (und ihrer Plattform-Provider sowie der ihnen angeschlossenen Gesundheitseinrichtungen) beanspruchen:

- Die Zertifizierungsstellen sind – aufgrund der ihnen übertragenen Haftung – bei der künftigen Weiterentwicklung des EPD für die Einschätzung des Risikos zuständig und entscheiden primär, ob eine vorgenommene Änderung massgeblich ist und damit eine Überprüfung erforderlich wird. Bei unterschiedlicher Auffassung von Stammgemeinschaft und Zertifizierungsstelle entscheidet das BAG als Schemaeigner fachlich abschliessend.
- Zudem werden aufgrund des erwarteten bzw. erhofften laufenden Zuwachs an angeschlossenen Gesundheitseinrichtungen künftig weiterhin regelmässig Audits bei zusätzlichen Gesundheitseinrichtungen anstehen, damit die betreffende (Stamm-)Gemeinschaft eine Erweiterung des Scopes ihres Zertifikats erlangen kann.
- Die Zertifizierungsstellen werden sich je nach konkretem Sachverhalt dem Vorwurf stellen müssen, dass der finanzielle Anreiz sie zu einer zusätzlichen Prüfung veranlasst. Die (Stamm-)Gemeinschaften ihrerseits werden bei der Weiterentwicklung des EPD mit Anpassungen zurückhaltend sein, wenn sie ein zusätzliches Audit befürchten.

Umsetzung

Der **Bund** könnte im EPDG das Zertifizierungsverfahren mit einer staatlichen Anerkennung ersetzen. Für die Durchführung der konkreten Prüfungen würde voraussichtlich ein interdisziplinäres Expertengremium mandatiert, das dann eine Empfehlung zuhanden des Bundes abgibt, der abschliessend entscheidet. Der Prozesslead bliebe beim Bund: Er könnte entscheiden, welche Anpassungen eine erneute Prüfung erforderlich machen.

Auswirkungen auf die Rechtsgrundlagen des Bundes

<input type="checkbox"/>	keine Anpassung erforderlich	
<input checked="" type="checkbox"/>	Änderung auf Verordnungsstufe	EPDV (SR 816.11), EPDV-EDI (SR 816.111)
<input checked="" type="checkbox"/>	Änderung auf Gesetzesstufe	EPDG (SR 816.1)
<input type="checkbox"/>	Prüfung der Verfassungskonformität	

Einschätzungen zur rechtlichen Umsetzbarkeit

Die betreffende Anpassung des EPDG ist rechtlich unproblematisch und verfassungskonform. Staatliche Anerkennungen gibt es auch in anderen Rechtsbereichen, z.B. die Anerkennung ausländischer Ausbildungsabschlüsse im Medizinal-, Gesundheits- oder Psychologieberufegesetz sowie im Chemikalienrecht. Die Frage der Haftung wäre im EPDG zu regeln. In Analogie zum BGEID wäre bspw. denkbar, dass sich die Haftung der privaten Akteure nach dem Obligationenrecht richtet, diejenige der Anerkennungsstelle nach dem Verantwortlichkeitsgesetz des Bundes. Das ZertES regelt die Haftung von Anbieterinnen von Zertifizierungsdiensten und der Anerkennungsstelle in den Artikeln 17 und 18 ebenfalls explizit.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

Die Massnahme wurde primär in den Interviews mit Vertreter/innen von (Stamm-)Gemeinschaften und Plattform-Anbietern thematisiert. Diese sind allesamt unzufrieden mit dem aktuellen Zertifizierungsverfahren. Ob jedoch eine staatliche Anerkennung die gewünschte Erleichterung bringt, ist nicht für alle Befragten per se klar. Kritisiert werden neben dem enormen Aufwand, der u.a. resultierte, weil die Expert/innen der Zertifizierungs- und Akkreditierungsstellen zuerst eingeführt werden mussten, primär folgende Punkte:

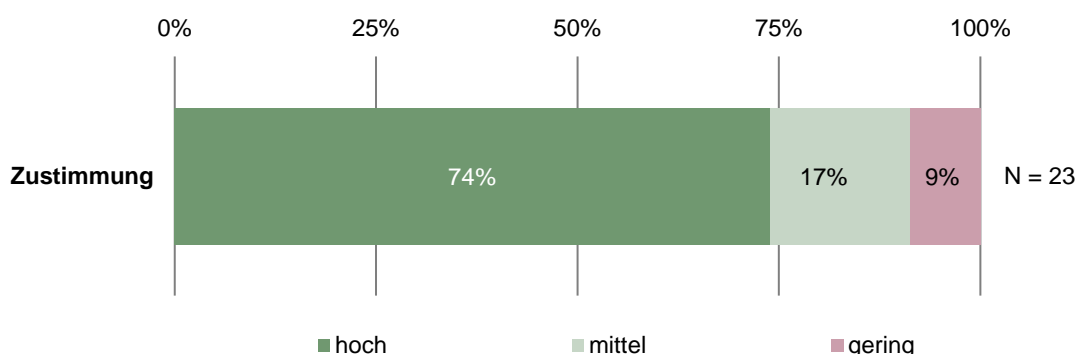
- die geringe Anzahl Zertifizierungsstellen (nur zwei), die keine wirklich freie Anbieterwahl ermöglicht (in der Romandie und im Tessin gibt es sogar nur ein Anbieter)
- der Scope für die technische Prüfung, der viel zu weit gehe und zu verkleinern sei
- die Unsicherheit darüber, wann eine zusätzliche Prüfung erforderlich ist.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Bund: Das aufwändige **Zertifizierungsverfahren** für (Stamm-)Gemeinschaften und Zugangsportale durch eine **staatliche Anerkennung** ersetzen, um die Kosten und damit die Finanzierungslast der (Stamm-)Gemeinschaften zu senken.

3/4 der Befragten stimmen der Massnahme mit «hoch» zu. Damit befindet sich diese Massnahme mit Blick auf die Zustimmung im Mittelfeld aller Massnahmen.



Kommentar: Bei den Finanzierungsmassnahmen wurden die Stakeholder nur nach ihrer Zustimmung befragt, nicht nach der Effektivität für die Verbreitung des EPD. Dies weil die Finanzierung keine direkte Massnahme zur Verbreitung des EPD, sondern eine Grundvoraussetzung für die Verbreitung des EPD darstellt.

Was spricht dafür?

Was spricht dagegen?

- das Zertifizierungsverfahren ist aufwändig
- die wenigen Zertifizierungsstellen ermöglichen keine freie Wahl des Anbieters
- möglicher Hemmschuh für die Weiterentwicklung des EPD
- für die Zertifizierungsstellen, die für die Erlangung der Akkreditierung viel investiert haben, entfallen künftige Einnahmen, mit denen sie bislang rechnen durften
- die Haftungsfrage müsste geregelt werden

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Wir halten eine Prüfung der staatlichen Anerkennung als Alternative zum Zertifizierungsverfahren angesichts der aufgetretenen Schwierigkeiten und der beschränkten Anbieterswahl für zweckmässig.

Einschätzung: empfehlenswert



4.6.2 Massnahme N-21: Dauerhafte Kofinanzierung der EPD-Infrastruktur gewährleisten

Akteure: Bund und Kantone

Um was es geht

Bei der Legiferierung des EPDG wurde davon ausgegangen, dass die (Stamm-)Gemeinschaften die Kosten für Betrieb und Weiterentwicklung mit Einnahmen aus Mitgliederbeiträgen der angeschlossenen Gesundheitsfachpersonen resp. -einrichtungen sowie kostenpflichtigen Zusatzdiensten selbst finanzieren können (Business Case). Dieser Business Case wird heute von den meisten Stakeholdern wie auch vom Bundesamt für Gesundheit als unrealistisch beurteilt. Die (Stamm-)Gemeinschaften schätzen die jährlichen Kosten gesamthaft auf 35 – 40 Millionen CHF.

Die langfristige Finanzierung von Betrieb und Weiterentwicklung der EPD-Infrastruktur ist **nicht gesichert**:

- Der **Bund** finanzierte mit den Finanzhilfen gem. Art. 20 EPDG den Aufbau der (Stamm-)Gemeinschaften mit rund 30 Mio. Franken. Eine Bundesbeteiligung an den laufenden Betriebskosten der (Stamm-)Gemeinschaften sowie für die Weiterentwicklung des EPD sind heute nicht vorgesehen.
- Ein Grossteil der **Kantone** hat sich ebenfalls an der Aufbaufinanzierung beteiligt. Rund ein Drittel der Kantone wird (zumeist) befristete Beiträge an den Betrieb der Stammgemeinschaften in ihrer Region leisten (vgl. Massnahme B-9 im Kap. 3.3b). Den Kantonen wurde im EPDG jedoch keine explizite Aufgabe zugewiesen. Entsprechend fällt das Engagement der Kantone sehr unterschiedlich aus.

Die fehlende nachhaltige Finanzierung der (Stamm-)Gemeinschaften ist ein dringliches Problem: Wenn hier keine Lösung gefunden wird, ist nicht nur die Verbreitung, sondern das EPD per se gefährdet.

Umsetzung

Aufgrund der geteilten Kompetenzen im Gesundheitsbereich von **Bund** und **Kantonen**, sollten sich beide politischen Ebenen an der Finanzierung des EPD beteiligen. Bund und Kantone müssten die Kofinanzierung der EPD-Infrastruktur neu zur **Aufgabe der öffentlichen Hand** erklären. Die Finanzhilfen des Bundes sollten an Beiträge der Kantone

gekoppelt werden. Der genaue Finanzierungsschlüssel zwischen Bund und Kantonen wäre festzulegen. Des Weiteren könnte die Finanzierung an verbreitungsrelevante Indikatoren gekoppelt werden, die von den (Stamm-)Gemeinschaften beeinflusst werden können (**Performance-abhängige Kofinanzierung**), z.B.:

- Anzahl eröffneter EPD
- Anzahl (freiwillig) angeschlossener ambulanter Gesundheitseinrichtungen (Arztpraxen, Apotheken, Spitex-Organisationen)

Auswirkungen auf die Rechtsgrundlagen des Bundes

keine Anpassung erforderlich

Änderung auf Verordnungsstufe EPDV

Änderung auf Gesetzesstufe EPDG

Prüfung der Verfassungskonformität

Einschätzungen zur rechtlichen Umsetzbarkeit

Gesundheit und damit auch die Gesundheitsversorgung liegen in der Schweiz grundsätzlich in kantonaler Kompetenz. Der Bund hat nur dann Kompetenzen, wenn eine entsprechende **Verfassungsgrundlage** besteht, wie dies z.B. für die Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117 und 117a BV) der Fall ist. Für eine dauerhafte finanzielle Unterstützung der (Stamm-)Gemeinschaften durch den Bund fehlt nach Prüfung der Verfassungskonformität durch das Bundesamt für Justiz im Jahr 2012 die Sachkompetenz und damit eine entsprechende Verfassungsgrundlage.

Das Parlament könnte theoretisch auch ohne Verfassungsgrundlage Bestimmungen für die dauerhafte Finanzierung des EPD erlassen, da nach Art. 190 BV Bundesgesetze – egal ob die verfassungsmässige Zuständigkeit des Bundes gegeben ist oder nicht – für die rechtsanwendenden Behörden massgebend sind. Ein solches Vorgehen ist ggf. rechtlich nicht anfechtbar, aber aus rechtsstaatlichen Gründen klar abzulehnen, weil damit die verfassungsrechtliche Grundordnung aufgeweicht wird.

Als Ausweg aus diesem Dilemma bietet es sich an, eine **dringliche Revision des EPDG** durchzuführen, mit dem Ziel die Anschubfinanzierung für (Stamm-)Gemeinschaften um 10 Jahre zu verlängern. Eine zeitlich limitierte Anschubfinanzierung ist möglich, solange sie sich auf den Bereich des EPD beschränkt und zu keinen Ungleichbehandlungen führt. Während der verlängerten Anschubfinanzierungszeit müsste ein nachhaltiges Finanzierungsmodell erarbeitet werden.

Diese Strategie ist umsetzbar, wenn der politische Wille besteht und wenn die dringliche EPDG-Revision **sofort** aufgeleitet wird.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

- Für viele interviewten Personen ist die sich abzeichnende langfristige Unterfinanzierung der (Stamm-)Gemeinschaften eines der zentralen Hindernisse für ein erfolgreiches EPD: Die nachhaltige Finanzierung des laufenden Betriebs und Weiterentwicklung des EPD wird als **Knacknuss** und als Schlüssel zum Erfolg des EPD bezeichnet. Eine Befragung der (Stamm-)Gemeinschaften von eHealth Suisse im September 2020 hat ergeben, dass die (Stamm-)Gemeinschaften heute nicht wissen, wie die Betriebskosten finanziert werden sol-

len; darunter fallen Kosten für die Geschäftsstellen, Ausstellen von elektronischen Identitäten, Re-Audits und Re-Zertifizierungen, Plattformanbieter). Bislang planen nur acht Kantone eine Betriebsfinanzierung einer Stammgemeinschaft. Zudem ist unklar, wie die Kosten für die Weiterentwicklung des EPD gedeckt werden sollen.

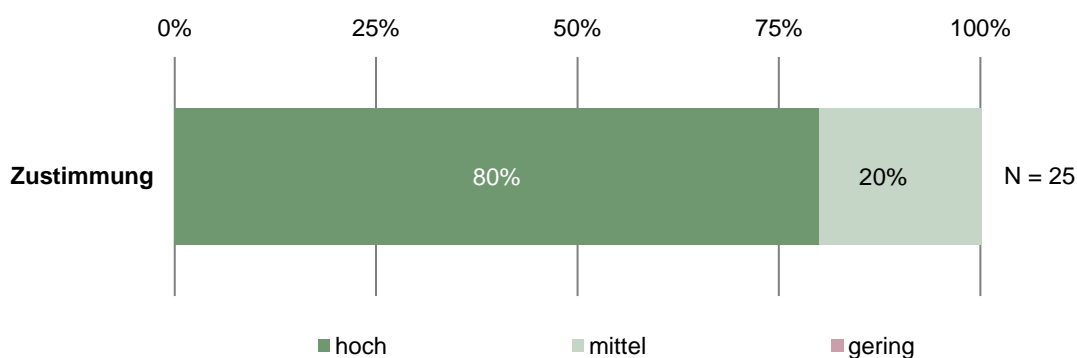
- Für viele interviewten Personen ist das EPD eine genuine **Aufgabe der öffentlichen Hand** (Bund und Kantone) bzw. ein klassischer **Service public**; dies gilt v.a. für die ersten 5-10 Jahren nach Einführung des EPDs. Dass es für die (Stamm-)Gemeinschaften einen rentablen «Business Case» gibt, wird von den meisten Interviewpartner/innen bezweifelt.
- Vereinzelt sind Stakeholder der Ansicht, dass der Bund sich nach dem Rollout nicht aus der Verantwortung ziehen kann, da er der Vater des EPDG ist. Insofern sei eine dauerhafte substantielle Mitfinanzierung durch den Bund die logische Konsequenz.
- Einige Stakeholder orten beim EPD mit der geltenden Finanzierungsregelung ein **Governanceproblem**: Es fehlt die Übereinstimmung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung. Der Bund bzw. eHealth Suisse machen Vorgaben bzw. erlassen Empfehlungen, deren Konsequenzen dann aber durch die (Stamm-)Gemeinschaften zu tragen bzw. zu finanzieren sind. Mit einer Kofinanzierung von Bund und Kantonen würde die erforderliche Kongruenz hier wiederhergestellt. Dabei müsste die Regelung klar ausgestaltet sein, so dass sich nicht wie bei der Anschubfinanzierung gewisse Kantone einfach der Verantwortung entziehen und auf Dritte verweisen könnten.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Bund und Kantone: Eine dauerhafte Kofinanzierung der EPD-Infrastruktur (Betrieb und Weiterentwicklung) gewährleisten.

Diese Massnahme hat in der Online-Umfrage den dritthöchsten Zustimmungswert aller Massnahmen erreicht.



Kommentar: Bei den Finanzierungsmaßnahmen wurden die Stakeholder nur nach ihrer Zustimmung befragt, nicht nach der Effektivität für die Verbreitung des EPD. Dies weil die Finanzierung keine direkte Massnahme zur Verbreitung des EPD, sondern eine Grundvoraussetzung für die Verbreitung des EPD darstellt.

Was spricht dafür?

- Finanzierungsproblematik ist dringlich und gefährdet das EPD akut. Die Weiterentwicklung des EPD ist Voraussetzung für seinen Erfolg, weshalb die Finanzierung der Weiterentwicklung sicher gestellt werden muss
- Klare Regelungen der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten von Bund und Kantonen
- Kongruenz von Kompetenzen und Verantwortung ist hergestellt

Was spricht dagegen?

- Mehrausgaben für Bund und Kantone
- Möglicherweise ein Hemmnis für die Entwicklung alternativer resp. privater Finanzierungsmodelle

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Ohne gesicherte Finanzierung werden die Investitionsbereitschaft und die Investitionsmöglichkeiten der (Stamm-)Gemeinschaften in Verbesserungen der Benutzerfreundlichkeit oder in den Ausbau der Funktionalitäten des EPD gering sein. Das gefährdet aus unserer Sicht die Verbreitung und die nutzenstiftende Implementierung des EPD ernsthaft.

Die EPD-Infrastruktur kann einen wichtigen Pfeiler für die Digitalisierung im Gesundheitswesen darstellen – insbesondere, wenn sie künftig auch für die relevanten Zusatzdienste genutzt werden kann (vgl. [Massnahme N-17](#)). Insofern halten wir eine öffentliche Finanzierung für angemessen und sinnvoll.

Aufgrund der fortschreitenden Digitalisierung aller Lebensbereiche (nicht nur des Gesundheitswesens) werden in Zukunft vermehrt nationale und nicht kantonale digitale Lösungen notwendig sein. Insofern würden wir die Erarbeitung eines neuen Verfassungsartikels begrüßen, mit dem der Bund gesetzgeberische Kompetenzen im Bereich Digitalisierung erhält.

Einschätzung: empfehlenswert



4.6.3 **Massnahme N-22: KVG-Prämienbeitrag für die Digitalisierung im Gesundheitswesen einführen**

Akteur/e: Bund

Um was es geht

Die langfristige Finanzierung von Betrieb und Weiterentwicklung des EPD ist nicht gesichert (vgl. dazu auch [Massnahme N-21](#)). Eine Lösungsmöglichkeit ist die Einführung eines Prämienzuschlags für die Digitalisierung im Gesundheitswesen in Anlehnung an den Prämienbeitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung gemäss Art. 20 KVG (heute bezahlt jede versicherte Person 4.80.-CHF pro Jahr für Gesundheitsförderung). Damit würden die Prämienzahlenden für die Finanzierung des EPD aufkommen müssen.

Diese Massnahme könnte auch mit einer steuerfinanzierten Lösung gemäss Massnahme 21 kombiniert werden.

Umsetzung

Der **Bund** müsste im KVG die gesetzliche Grundlage für einen Prämienbeitrag für die Digitalisierung im Gesundheitswesen schaffen.

Auswirkungen auf die Rechtsgrundlagen des Bundes

<input type="checkbox"/>	keine Anpassung erforderlich	
<input checked="" type="checkbox"/>	Änderung auf Verordnungsstufe	KVV (SR 832.102)
<input checked="" type="checkbox"/>	Änderung auf Gesetzesstufe	KVG (SR 832.10)
<input type="checkbox"/>	Prüfung der Verfassungskonformität	

Einschätzungen zur rechtlichen Umsetzbarkeit

Für die Erhebung eines Prämienzuschlags via KVG braucht es einen genügend engen Sachzusammenhang zwischen dem Kreis der zahlenden Versicherten und dem Kreis der nutzniessenden Personen. Sofern durch die Anwendung des EPD Kosteneinsparungen in der obligatorischen Krankenversicherung resultieren, profitieren alle Prämienzahlenden vom EPD – unabhängig davon, ob sie selbst ein EPD nutzen oder nicht. Hierzu bräuchte es aber noch eine detaillierte Beurteilung der rechtlichen Umsetzbarkeit.

Beurteilung durch die Stakeholder

Ergebnisse aus den geführten Interviews

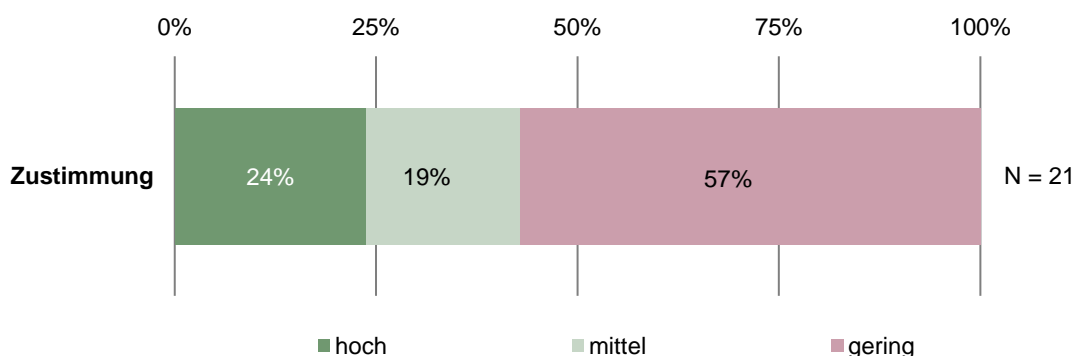
- Die Massnahme wird von den befragten Stakeholdern aus folgenden Gründen grossmehrheitlich abgelehnt:
- Dies würde vermutlich zu einer Erhöhung der Krankenversicherungsprämien führen, was sozialpolitisch nicht erwünscht ist: Die bereits hohe Belastung der Prämienzahlenden, unter der untere und mittlere Einkommenschichten aufgrund der Kopfprämien bereits heute leiden, sollte nicht noch ausgebaut werden.
- eHealth und EPD sind ein Service public. Deren Kosten sollten deshalb nicht auf die Versicherten abgewälzt werden. Damit würde sich die öffentliche Hand aus ihrer Verantwortung stehlen.
- Zudem wird eine Verknüpfung des EPD mit der Krankenversicherung als problematisch wahrgenommen.
- Die meisten Stakeholder, die sich zu dieser Massnahme geäussert haben, bevorzugen klar [Massnahme N-21](#) (Kofinanzierung des EPD-Betriebs via öffentliche Hand). Sie gehen davon aus, dass in den ersten 5-10 Jahren nach dem Roll-out Bund und Kantone die EPD-Infrastruktur substanziell mitfinanzieren müssen.

Ergebnisse unserer Online-Umfrage

Die befragten Stakeholder haben folgende Massnahme mit Blick auf die Verbreitung des EPD beurteilt:

Bund: Im KVG einen Prämienzuschlag für die Digitalisierung im Gesundheitswesen einführen (analog dem Prämienzuschlag für die Gesundheitsförderung)

Die Befragten lehnen diese Massnahme mehrheitlich ab; sie hat den tiefsten Zustimmungswert aller Massnahmen.



Kommentar: Bei den Finanzierungsmassnahmen wurden die Stakeholder nur nach ihrer Zustimmung befragt, nicht nach der Effektivität für die Verbreitung des EPD. Dies weil die Finanzierung keine direkte Massnahme zur Verbreitung des EPD, sondern eine Grundvoraussetzung für die Verbreitung des EPD darstellt.

Was spricht dafür?

- Finanzierungsproblematik ist dringlich und gefährdet das EPD akut
- Massnahme ist verfassungskonform
- Wenn sich der Prämienbeitrag für die Digitalisierung an jenem für Gesundheitsförderung und Prävention orientiert, wäre die Belastung pro Kopf überschaubar (aktuell 4.80 CH pro Jahr)

Was spricht dagegen?

- Die stetig steigenden Krankenkassenprämien sind für viele Haushalte eine enorme Belastung, weshalb weitere zusätzliche Prämienanstiege zu vermeiden sind

Beurteilung aus Sicht der Autorinnen

Wir teilen die verteilungspolitischen Vorbehalte der meisten Stakeholder. Die Finanzierung der EPD-Infrastruktur ist u.E. primär eine Aufgabe der öffentlichen Hand und sollte daher aus dem steuerfinanzierten Haushalt bezahlt werden und nicht über einkommensunabhängige Kopfprämien von den Versicherten finanziert werden müssen.

Da diese Massnahme voraussichtlich rechtlich einfacher (und damit schneller) umgesetzt werden kann als eine dauerhafte Kofinanzierung von Bund und Kantonen, erscheint sie uns dennoch attraktiv und prüfenswert mit Blick auf eine nachhaltige Finanzierung der Digitalisierungsbemühungen im Gesundheitswesen.

Einschätzung: eingeschränkt empfehlenswert



5 Exkurs: Internationale Erfahrungen

Um Ideen für mögliche Verbreitungsmassnahmen zu sammeln bzw. aus den Erfahrungen anderer Länder zu lernen, werden für diese Studie die Verbreitungsmassnahmen und eHealth-Strukturen in drei exemplarischen Ländern analysiert. Zusammen mit der Begleitgruppe wurden Nachbarländer ausgewählt, deren Gesundheitssysteme mit jenem der Schweiz vergleichbar sind, d.h. Länder, die ein Sozialversicherungsmodell (Bismarck Modell) und dezentrale Elemente der Gesundheitsversorgung aufweisen. Ausgewählt wurden **Deutschland** und **Österreich**.

Der Fokus der Auslandsrecherche liegt bei den Massnahmenkategorien, die auch für die Schweiz relevant sind und diesen Bericht durchziehen:

- Rechtliche Ausgestaltung (freiwillige versus obligatorische elektronische Akten)
- Information und Befähigung
- Benutzerfreundlichkeit
- Zugang
- Anreize

Wir möchten darauf hinzuweisen, dass aus Ressourcengründen lediglich ein Experteninterview mit einem Akteur pro Land durchgeführt wurde, so dass die nachfolgenden Ausführungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben.

5.1 Deutschland

5.1.1 Elektronische Patientenakte: Kontext und aktueller Stand

a) Rechtlicher Kontext

Die **elektronische Patientenakte (ePA)** ist das deutsche Pendant zum schweizerischen EPD. Die deutsche Gesetzgebung, die eHealth betrifft ist komplex und wird in mehreren Gesetzen geregelt. Das wichtigste Gesetz ist das eHealth-Gesetz (seit Ende 2015 in Kraft), das Teil des umfangreichen Sozialgesetzbuches ist. Daneben existiert u.a. das [Terminservice u. Versorgungsgesetz](#), das seit Mai 2019 in Kraft ist, und das die Krankenkassen dazu verpflichtet, ihren Versicherten bis spätestens 2021 eine ePA zur Verfügung zu stellen.

b) Politischer Kontext

In Deutschland gibt es **keinen nationalen eHealth-Lead** und **keine nationale eHealth-Strategie**. Das deutsche Gesundheitssystem ist ausgesprochen dezentral organisiert. Zum einen sind die Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens im ganzen Gesundheitssystem federführend (so genanntes Prinzip der Selbstverwaltung); zum anderen fällt Gesundheit in die Kompetenz der Bundesländer (Föderalismus). Das Prinzip der Selbstverwaltung hat zur Folge,

dass in Deutschland Bund und Länder lediglich den gesetzlichen Rahmen und Aufgaben definieren können. Für die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung von eHealth sind die **Spitzenverbände des Gesundheitswesens** (Versicherungen, Leistungserbringer, Beitragszahler) verantwortlich. Dies führt zu einer stark zersplitterten Akteurslandschaft mit sehr divergierenden Interessen(konflikten).

Die [gematik Gesellschaft](#) ist für die technische Umsetzung (Telematikstruktur) der ePA bzw. eHealth verantwortlich und agiert auf nationaler Ebene. Eigentümer sind das Bundesministerium für Gesundheit (51% seit 2019), der Spitzenverband der Krankenkassen (22.05%) und der Spitzenverband der Leistungserbringer (24.5%).

c) Teilnehmende

Die ePA wurde in Deutschland ursprünglich aus der Perspektive der Krankenkassen entwickelt, d.h. das Ziel der ePA war bis vor kurzem die Leistungserbringung und -abrechnung effizienter zu gestalten. Insgesamt ist der deutsche eHealth-Diskurs deshalb nach wie vor technikdominiert. Die Patientenperspektive (Gesundheitskompetenz, Transparenz, Mitgestaltung bzw. Koproduktion von Gesundheit) standen zumindest bis 2018 nicht im Vordergrund. Seit 2018 findet in Deutschland gemäss den Ausführungen des interviewten Experten ein langsamer Paradigmenwechsel dahingehend statt, dass die Rolle der Patient/innen für die ePA eine stärkere Bedeutung bekommt.

Die ePA soll ab 2021 allen **Patientinnen und Patienten** zur Verfügung stehen und ist nicht obligatorisch (**Prinzip der Freiwilligkeit und Zustimmungslösung**). Das heisst, jede/r Versicherte entscheidet selbst, ob und in welchem Umfang er/sie die ePA nutzen möchte. Wie in der Schweiz kann jede Person, die eine ePA nutzen möchte, selbst entscheiden, wer welche Daten einsehen darf und Dokumente in der ePA löschen.

Für die **Gesundheitsfachpersonen** bzw. Institutionen ist die ePA **obligatorisch**. Deutschland möchte die ePA zuerst bei ambulanten Gesundheitsversorgern einführen und später auf stationäre Institutionen ausweiten.

d) Anwendungen

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz, das seit 2019 in Kraft ist, sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten ab 1. Januar 2021 eine ePA anbieten zu können. Mit Hilfe des Gesetzes soll die seit 2005 nur schleppend voranschreitende Entwicklungs- und Umsetzungsphase der ePA beschleunigt werden. Derzeit werden verschiedene Anwendungen (E-Patientenakte, E-Rezept, E-Medikationsplan, Notfalldaten) schrittweise in die Telematikinfrastruktur integriert. Diese Anwendungen sollen sowohl ein Mehrwert für die Patient/innen sein als auch die Arbeitsabläufe in den Praxen und zwischen medizinischen Einrichtungen erleichtern.⁴⁶ Weitere Anwendungen, die im Deutschen Kontext «medizinische Informationsobjekte» heissen wie der E-Mutterpass und der E-Impfpass werden ab dem 1. Januar

⁴⁶ Vgl. <https://www.gematik.de/anwendungen/>

2022 von der ePA 2.0 unterstützt, so dass diese Daten von den Primärsystemen erzeugt und gelesen werden können.





e) Finanzierung

Die ePA sowie der Aufbau der Infrastruktur der gematik werden vollumfänglich von den Krankenversicherern (Versichertenprämien und Arbeitgeberbeitrag) und nicht durch die öffentliche Hand finanziert. Die Leistungserbringer finanzieren die Infrastruktur-Massnahmen, die sie benötigen, um die ePA gemäss Gesetz umzusetzen zunächst aus eigenen Mitteln. Es gibt jedoch gewisse Rückerstattungsmöglichkeiten. So müssen die Versicherungen den Leistungserbringern die Kosten für die notwendige Hardware zum Anschluss an die gematik (Connectoren) zurückerstatten.⁴⁷

Für die Patientinnen und Patienten entstehen keine zusätzlichen Kosten für die Anwendung der ePA.

5.1.2 Massnahmen zur Verbreitung

In der nachfolgenden Tabelle sind die Massnahmen auf Ebene Patientinnen und Patienten sowie auf Ebene Gesundheitsfachpersonen resp. -institutionen Deutschlands aufgeführt, die die Verbreitung der ePA fördern sollen.

Fokus	Massnahmen zur Verbreitung
Obligatorium	 Für die Patient/innen ist die ePA freiwillig. Für die Gesundheitsfachpersonen bzw. -einrichtungen ist der technische Anschluss an die ePA obligatorisch und wird bei Nichteinhaltung mit Strafmassnahmen sanktioniert. Inwiefern die Leistungserbringer die ePA tatsächlich nutzen und pflegen, hängt von der Motivation und dem zu erwarteten Nutzen ab.
Information + Befähigung	 Kommunikationsmassnahmen: Die Versicherungen planen teilweise Informationsmassnahmen für ihre Versicherten sowie für die Gesundheitsfachpersonen, es ist aber bislang keine nationale Kommunikationskampagne für die Bevölkerung geplant. Befähigungsmassnahmen: Gemäss Auskunft des Interviewpartners plant Deutschland zentral keine Befähigungsmassnahmen für die Bevölkerung oder Gesundheitsfachpersonen.
Benutzerfreundlichkeit	 Strukturierter Informationsaustausch: Heute stehen für den strukturierten Informationsaustausch der E-Medikationsplan, die E-Notfalldaten und der E-Arztbrief zur Verfügung. Ab 2021 sollen schrittweise weitere Austauschformate definiert werden. Mobile Anwendung: Ab 2021 sollen die ePA-Anwendungen für die Patient/innen auch auf mobilen Endgeräten nutzbar sein. Ab ca. 2023 sollen die ePA-Anwendungen auch für die Fachpersonen auf mobilen Endgeräten nutzbar sein, was z.B. für Hebammen nützlich ist.
Anreize	 Monetäre Anreize: Für die Patient/innen sind keine monetären Anreize geplant. Die Gesundheitsfachpersonen sollen pro genutzter/gepflegter ePA 10 Euro

⁴⁷ Da die Daten der ePA auf einem sicheren Netzwerk liegen, benötigen Gesundheitsdienstleistende, die auf die ePA zugreifen möchten einen zugelassenen Connector.

Fokus	Massnahmen zur Verbreitung
	von den Krankenversicherern erhalten, damit sie einen Anreiz haben, die ePA in der Praxis zu nutzen und zu pflegen.
	Nicht monetäre Anreize: Es sind keine Massnahmen geplant

5.1.3 Schlussfolgerungen

Stand der Umsetzung, Diskurs und auch die Ziele von eHealth in Deutschland und in der Schweiz unterscheiden sich erheblich, weshalb die eHealth-Systeme der beiden Länder nur sehr begrenzt verglichen werden können. Der Fokus in Deutschland lag bis vor kurzem klar auf den Versicherungen und Leistungserbringern und nicht auf den Patientinnen und Patienten. Aus diesem Grund sind bislang auch kaum Massnahmen zur Verbreitung der ePA auf Ebene Bevölkerung geplant. Da die Krankenkassen ein Interesse daran haben, dass die Leistungserbringer die ePA auch aktiv nutzen, erhalten diese von den Krankenkassen eine 10-Euro-Prämie pro aktives ePA. Sollte der Paradigmenwechsel weitergehen, dürften in Zukunft auch Verbreitungsmassnahmen auf Ebene Bevölkerung in Deutschland aktuell werden. Auch in der Schweiz könnten EPD-Prämien für ambulant tätige Gesundheitsfachpersonen als Motivatoren eingesetzt werden (unter der Voraussetzung, dass der politische Wille vorhanden und die Finanzierung sichergestellt ist).

5.2 Österreich

5.2.1 Elektronische Gesundheitsakte: Kontext und aktueller Stand

a) Rechtlicher Kontext

Die **Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)** ist das österreichische Pendant zum schweizerischen EPD. Die rechtlichen Grundlagen für die ELGA sind das Elektronische-Gesundheitsakte-Gesetz (ELGA-Gesetz) von 2012 sowie die ELGA-Verordnung von 2015.⁴⁸

b) Politischer Kontext

In Österreich liegt die Federführung im Bereich eHealth auf **nationaler Ebene** beim Bund (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz). Auf Ebene Bund werden die rechtlichen Rahmenbedingungen festgelegt. Weitere relevante Akteure sind die **Länder**, in deren Kompetenz die öffentliche Spitalversorgung fällt sowie die **Sozialversicherungen**. Diese Akteure sind von Anfang an eng in die Entwicklung und Umsetzung der ELGA eingebunden. Aufgrund der **Einbindungskultur** und ausreichend langer Entwicklungszeit (das ELGA Projekt wurde 2006 gestartet) ist es Österreich nach Aussage des interviewten Experten gelungen, dass die wichtigen Akteure gemeinsame Ziele und Umsetzungsstrategien verfolgen.

⁴⁸ 2017 fand eine [Novellierung der ELGA-VO](#) statt (aktueller Stand vom 15.12.2017)

Die ELGA GmbH besteht seit 2009 und ist für die Einführung, Koordination, Qualitätssicherung sowie für das Akzeptanzmanagement der ELGA verantwortlich. Eigentümer der ELGA GmbH sind Bund, Länder und Sozialversicherungen. EHealth ist auf gesundheitspolitischer Ebene in den [nationalen Gesundheitszielen](#) 2 «Gesundheitliche Chancengerechtigkeit» und 3 «Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken» auch strategisch verankert. Dies weist darauf hin, dass eHealth in der österreichischen Gesundheitspolitik einen **hohen Stellenwert** hat.

c) Teilnehmende

Für jede krankenversicherte Person wird automatisch eine ELGA generiert. Die **Patient/innen** bzw. Versicherten haben jedoch die Möglichkeit Widerspruch gegen die Gesundheitsakte als Ganzes oder bestimmte Anwendungen einzulegen (**Widerspruchslösung** resp. **Opt-Out-Modell**). Der Widerspruch ist niederschwellig, da das Abmeldeformular telefonisch oder online auf verschiedenen Webseiten in die Wege geleitet werden kann. Wie in der Schweiz entscheidet jede Person, die an ELGA teilnehmen möchte, selbst, wer welche Daten einsehen darf. Nur wenige Versicherte nehmen die Opt-Out-Option in Anspruch (gemäss neuester Erhebung 3.2% der Versicherten⁴⁹), was auf eine sehr **hohe Akzeptanz der Bevölkerung** hinweist, was jedoch nicht identisch ist mit einer aktiven Nutzung. Aktiv wird die ELGA nach Einschätzung des interviewten Experten von der Bevölkerung nur marginal genutzt. Es liegen zwar keine empirischen Nutzungsdaten der Bevölkerung vor, die dies belegen, aber der Mehrwert der ELGA ist für die Bevölkerung im Vergleich zu den Gesundheitsversorgern und Sozialversicherungen gering. Die Patientinnen und Patienten **profitieren lediglich indirekt** von der ELGA (qualitativ bessere Gesundheitsversorgung, erhöhte Patientensicherheit, bessere Behandlungsqualität, Transparenz und Informationsaustausch zwischen den Behandelnden).

In Österreich wurden zuerst die öffentlichen Spitäler, Apotheken und niedergelassene Ärzte mit Kassenvertrag an die ELGA angeschlossen (dieser Prozess ist bereits grossmehrheitlich abgeschlossen). Momentan werden die Pflegeeinrichtungen und ambulanten Gesundheitsversorger/innen (mit einem Kassenvertrag) sowie Laboratorien und Radiologen an die ELGA angeschlossen⁵⁰. Für die privaten Wahlärztinnen und Ärzte, die nicht über die Krankenkasse abrechnen können, ist die ELGA nicht obligatorisch. Des Weiteren müssen sich Kassenärzt/innen, die kurz vor der Pensionierung stehen, nicht mehr an die ELGA anbinden (Ausnahmeregelung). Zuletzt sollen die Zahnärzt/innen an die ELGA angeschlossen werden, so dass die Anbindung bis Ende 2022 abgeschlossen sein soll.

d) Anwendungen

Seit Anfang 2016 werden einzelne ELGA-Anwendungen sowohl für die Bevölkerung als auch die Gesundheitsfachpersonen schrittweise und sektoriell eingeführt. Zunächst werden neue Anwendungen in **Pilotregionen** eingeführt, evaluiert und wenn nötig angepasst. Anschließend werden die Anwendungen flächendeckend in allen Bundesländern eingeführt.

⁴⁹ Aussage des interviewten Experten.

⁵⁰ Der Anschluss der Ambulatorien soll möglichst bis Ende 2020 abgeschlossen sein.

Die Anwendungen eMedikation und eBefunde sind bereits überall in Österreich eingeführt. Der elmpfpass wird in Pilotregionen ab Herbst 2020 getestet und soll ab Ende 2021 flächendeckend eingeführt sein. Für die Zukunft sind folgende weitere Anwendung geplant bzw. in Diskussion: eMutterpass, eVorsorgevollmachten und ePatientenverfügungen.

e) Akzeptanz

Für die Akzeptanz von ELGA-Anwendungen ist es **zentral**, dass die Anwendung direkt in die Software der Gesundheitsinstitution eingebunden ist, so dass für Gesundheitsdienstleistende **keinerlei administrativer Mehraufwand** für die Pflege der ePatientendossiers entsteht. Damit einhergeht die Notwendigkeit der **Interoperabilität** und der **strukturierten Daten(darstellung)**.

Bei eMedikation durften von Anfang an ausschliesslich strukturierte Daten hochgeladen werden. Zudem wurden Rezepte schon vor Einführung der ELGA grösstenteils elektronisch ausgestellt, so dass die eMedikation für die Gesundheitsversorger wenig Anpassungsleistung verlangte. Die eMedikation stösst deshalb bei den Gesundheitsversorgern auf grosse Akzeptanz. Anders beim eBefund, der anfänglich auf grosse Skepsis stiess. Bei der Einführung des eBefunds konnten medizinische Befunde auch in unstrukturierter Form (pdf-Formaten) hochgeladen werden. Dies führte zu einem unübersichtlichen und kontraproduktiven Datenschwungel. Die eBefunde wurde als «PDF-Müllhalde» kritisiert. Mittlerweile können zwar nur noch Daten in strukturierter Form hochgeladen werden, da die Befunde jedoch mindestens 10 Jahre aufbewahrt werden müssen, werden PDF-Dokumente noch längere Zeit präsent sein.

Interoperabilität, strukturierte sowie übersichtliche Darstellungen (**gute Usability**) sind somit notwendige Voraussetzungen für **Akzeptanz**. Die Usability muss von den Softwareherstellern realisiert werden, die die Schnittstelle zwischen ELGA und den Endanwendern (Gesundheitsinstitutionen) sind. Der intervierte Experte betont, dass die Einbindung und der Austausch mit den medizinischen Softwarehersteller das A und O sind, um eine hohe Usability für die Gesundheitsdienstleister zu erzielen und gleichzeitig zu ermöglichen, dass die Software den Anforderungen der ELGA gerecht wird.




f) Finanzierung

Die ELGA wird von Bund, Ländern und Sozialversicherungen (Systempartner) finanziert, die zwischen 2010 und 2020 insgesamt rund 100 Mio. Euro für die Entwicklung der ELGA-Infrastruktur zur Verfügung stellen. Die ELGA-Anwendungen werden von den Systempartnern finanziert, so dass für Patient/innen keine zusätzlichen Gebühren verlangt werden müssen. Die Gesundheitseinrichtungen wie Spitäler oder Arztpraxen finanzieren jene Massnahmen grossmehrheitlich selbst, die notwendig sind, um die ELGA gemäss Gesetz umzusetzen.⁵¹ Die Gesundheitseinrichtungen, die ihre Software ELGA kompatibel machten, erhielten Fördergelder für die Integration von eBefund und eMedikation (1314 Euro) vom Bund.

⁵¹ ELGA GmbH (2020): <http://www.elga.gv.at/faq/wissenswertes-zu-elga/>

5.2.2 Massnahmen zur Verbreitung

In der nachfolgenden Tabelle sind die Massnahmen Österreichs aufgeführt, die die Verbreitung der ELGA fördern sollen.

Fokus	Massnahmen zur Verbreitung
Obligatorium	<p> ELGA ist für die Bevölkerung freiwillig. Allerdings wird für jede versicherte Person automatisch eine ELGA angelegt, die jede Person wieder löschen kann. Mit dieser Widerspruchslösung müssen die Menschen aktiv werden, um nicht an der ELGA teilzunehmen. Erfahrungen zeigen (z.B. bei Organspenden), dass sich mit der Widerspruchslösung erheblich mehr Menschen für eine bestimmte Handlung entscheiden bzw. bei indifferenter Haltung kein Widerspruch einlegen. Die Widerspruchslösung ist eine effektive Massnahme, um die breite Nutzung der ELGA auf Patientenseite zu fördern.</p> <p>ELGA ist für alle stationären und ambulanten Gesundheitsversorger, die eine Kassenzulassung haben obligatorisch. Das Obligatorium für diese Gesundheitsdienstleister ist eine sehr effektive Massnahme zur Förderung der ELGA auf Seiten der Gesundheitsfachpersonen.</p>
Information + Befähigung	<p> Spezifisches ELGA-Beratungsangebot: Die Bevölkerung sowie die Gesundheitsversorger können sich gratis und telefonisch an die nationale ELGA-Servicelinie wenden, um Unterstützung und Information rund um die ELGA zu erhalten. Die Servicelinie ist an 5 Tagen die Woche von 07.00 – 19.00 Uhr erreichbar. Die ELGA-Servicelinie wurde in die bereits vorher existierende Servicelinie zur e-Card integriert, so dass ein Call-Center sowohl Anliegen zur ELGA als auch zur e-Card bearbeiten kann.</p> <p>ELGA-Beratungsnummer für Software Firmen: Für die Software Firmen existiert eine eigene Servicelinie, damit sich die Firmen über die Anforderungen der ELGA informieren können.</p> <p>ELGA-Ombudsstelle: Jede Person kann sich an die ELGA-Ombudsstelle ihres Landes wenden, um ihre Rechte insbesondere im Bereich Datenschutz durchzusetzen.</p> <p>Gesundheitsinformationswebseite: Das Gesundheitsinformationsportal (gesundheit.gv.at) bietet qualitätsgesicherte und unabhängige Gesundheitsinformationen an und möchte die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken (Gesundheitsziel 3).</p> <p>ELGA-Erklärvideos: Für alle ELGA bundesweit realisierte Anwendungen (eMedikation und Befunde) stehen kurze ca. 4-minütige Erklärvideos zur Verfügung. Des Weiteren gibt es allgemeine Erklärvideos rund um die ELGA-Teilnahme und Aufbau der Webseite (Startseite, Protokoll, Gesundheitsdienstleistungsanbieter).</p>
Benutzerfreundlichkeit	<p> Mobile Anwendung: Derzeit stehen noch keine mobilen Anwendungen zur Verfügung, im Rahmen der e-Impfpasses wird aktuell jedoch daran gearbeitet.</p> <p>Alle ELGA-Anwendungen müssen direkt in die Software der Gesundheitsinstitutionen angebunden sein (nur strukturierte Daten sind hochladbar).</p> <p>Für die Gesundheitsversorger ist auf den ersten Blick ersichtlich, welche Daten von ihnen selbst und welche von anderen Institutionen stammen (optische Unterscheidung)</p>
Anreize	<p> Monetäre Anreize: Es werden keine Prämien für die aktive ELGA-Nutzung an die Teilnehmenden gezahlt.</p> <p>Gesundheitsversorger, die ihre Software ELGA anschlussfähig machen, erhalten pro angeschlossener Anwendung 1'314 Euro Fördergelder. Bislang wurden diese Fördergelder für die eMedikamentation und eBefund bezahlt. Österreich möchte mittel- bis langfristig aber ein generisches Fördermodell für alle eAnwendungen entwickeln, damit nicht bei jeder neuen Anwendung über die Höhe des</p>

Fokus	Massnahmen zur Verbreitung
	<p>finanziellen Anreizes diskutiert werden muss.</p> <hr/> <p>Nicht monetäre Anreize: Für die ELGA-Teilnehmenden entstehen keine Kosten.</p> <p>Für die Gesundheitsversorger besteht der Mehrwert aufgrund von Gesundheitsdaten anderer Gesundheitsinstitutionen, die sie ohne ELGA nicht nutzen könnten. Dies ist jedoch nur dann ein Mehrwert, wenn nur relevante Daten in strukturierter Form und optisch übersichtlich dargestellt werden. Ansonsten werden die Patientendaten als störende Datenfriedhöfe wahrgenommen.</p>

5.2.3 Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Verbreitung

In Österreich ist eHealth bei den Gesundheitsversorgern im Vergleich zu Deutschland gut etabliert und weit verbreitet. Die wichtigsten Voraussetzungen für eine breite Nutzung von ELGA-Anwendungen der Gesundheitsversorger sind:

- Gesundheitsversorger haben ihre eigene Software direkt an die ELGA-Infrastruktur angebunden und somit ihre Software an ELGA angepasst (tiefe Integration in das Primärsystem). --> hohe Usability, die nicht von der ELGA bereitgestellt werden kann, sondern nur von den Software Firmen
- Die Software Firmen wurden zu einem frühen Zeitpunkt in das ELGA-Projekt eingebunden und ELGA nimmt an den gemeinsamen Plattformtreffen der Software Branche und den Sozialversicherungen teil.
- Die Gesundheitsversorger sehen auf einen Blick, welche Daten sie selbst eingegeben haben und welche Daten von anderen Gesundheitsversorgern eingespeist wurden
- Für Gesundheitsversorger darf nach der ELGA-Anbindung kein Mehraufwand resultieren
- Es existieren keine unübersichtlichen Datenfriedhöfe.

Obwohl die Versicherten der ELGA offensichtlich vertrauen und akzeptieren, nutzen sie die ELGA nicht selbst, um ihre Gesundheit besser zu managen. Damit spielt ELGA in Bezug auf eGesundheitskompetenz in Österreich heute kaum eine Rolle, was nicht verwunderlich ist, da ELGA primär für die Gesundheitsdienstleistenden und Krankenkassen einen direkten Nutzen hat.

Anhang A: Liste der Teilnehmenden des Stakeholder-Workshops vom 24. Juni 2020

Organisation	Name	Vorname
Curafutura	Arnet	Beat
Curaviva	Strebel Eva	Jakovina Rahel
FMH	Röthlisberger	Fabian
Gemeinschaft AD Swiss	Fickenscher	Michael
Gesundheitsförderung Schweiz	Schneider	Jvo
H+ Die Spitäler der Schweiz	Truttmann	Markus
IG eHealth	Hitz	Anna
IG eHealth	Stüdeli	Walter
Kanton Genf	Plaut	Oliver
Kanton St.Gallen	Looser	Hansjörg
Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK	Wicki Martin	Magdalena
Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaften KKA	Gafner	Beat
pharmasuisse	Leuthold	Claudine
Public Health Schweiz	Wirth	Corina
Santésuisse	Jaggi	Adrian
Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz GELIKO bzw. Krebsliga Schweiz	Hertel	Isabelle
Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG	Galli	Claudia
Schweizerischer Versicherungsverband SVV	Piaz	Denise
Spitex Schweiz	Kooijman	Cornelis
SPO Patientenorganisation	Gassmann	Barbara
Stammgemeinschaft abilis	Ruggli	Martine
Stammgemeinschaft axsana AG	Eglin	Samuel
Stammgemeinschaft CARA	Hof	Patrice
Stammgemeinschaft Cybersanté Neuchâtel	Augot	Stephane
Stammgemeinschaft eHealth Aargau	Lütschg	Nicolai
Stammgemeinschaft eHealth Südost	Patt	Richard
Stammgemeinschaft e-Health Ticino	Belloni	Valeria

Anhang B: Liste der Interviewpartner/innen im Inland

Organisation	Name	Vorname	Durchführung	Datum
BAG, Abteilung Digitale Transformation	Kim	Sang-Il	Vor-Ort-Interview	16.10.2020
BAG, Abteilung Recht	Wagner	Roman	Vor-Ort-Interview	22.10.2020
BAG, Abteilung Versicherungsaufsicht	Motta	Cristoforo	Video-Interview	27.10.2020
	Mäder	Patricia		
	Schütz	Esther		
BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien	von Greyerz	Salome	Telefon-Interview	06.11.2020
BAG, Abteilung Tarife und Grundlagen, Sektion Qualität und Prozesse	Tschudi	Carlo	Telefon-Interview	01.12.2020
BAG, Abteilung Biomedizin, Sektion Heilmittelrecht	Pellegrini	Allesandro	Telefon-Interview	01.12.2020
Curafutura bzw. KPT	Arnet	Beat	Video-Interview	03.11.2020
Dachverband schweizerischer Patientenstellen (DVSP)	Ziltener	Erika	Telefon-Interview	21.10.2020
Datenschutzexpertin	Widmer	Barbara	Telefon-Interview	17.11.2020
dConsulting	Dietschi	Reto	Video-Interview	15.10.2020
eHealth Suisse	Schmid	Adrian	Vor-Ort-Interview	16.10.2020
FMH, Abteilung Digitalisierung / eHealth	Sojer	Reinhold	Video-Interview	26.10.2020
FMH, Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife	Oeschger	Christian	schriftlich	23.11.2020
Konferenz der kantonalen Gesundheits- direktorinnen und -direktoren GDK	Jordi	Michael	Vor-Ort-Interview	30.10.2020
SPO Patientenorganisation	Gassmann	Barbara	Telefon-Interview	20.10.2020
XAD Stammgemeinschaft (xsana)	Eglin	Samuel	Video-Interview	05.11.2020
Stammgemeinschaft cara	Hof	Patrice	Video-Interview	19.10.2020
Swisscom	Marmori	Federico	Video-Interview	23.10.2020

Anhang C: Liste der Teilnehmenden an der Online-Stakeholder-Befragung

Organisation	Name	Vorname
Curafutura	Arnet	Beat
Curaviva	Jörger	Anna
Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP)	Fattinger	Karin
Gemeinschaft AD Swiss	Fickenscher	Michael
IG eHealth	Stüdeli	Walter
Kanton Genf	Plaut	Oliver
Kanton St. Gallen	Looser	Hansjörg
Konferenz der Kantonalen Ärztesellschaften KKA	Gafner	Beat
Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK	Wicki Martin	Magdalena
Krebsliga Schweiz	Hertel	Isabell
pharmaSuisse	Mesnil	Marcel
Post	dos Santos	Petro
Public Health Schweiz	Wirth	Corina
santésuisse	Jaggi	Adrian
Schweizerische Gesellschaft für Palliative Care (palliative.ch)	Baer	Christian
Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz GELIKO	Tschirky	Erich
Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG	Galli	Claudia
Schweizerischer Versicherungsverband SVV	Soltermann	Bruno
Spitex Schweiz	Kooijman	Cornelis
SPO Patientenorganisation	Gedamke	Susanne
Stammgemeinschaft Abilis AG (abilis)	Notter	Daniel
Stammgemeinschaft cara	Hof	Patrice
Stammgemeinschaft eHealth Aargau (emedo)	Lütschg	Nicolai
Stammgemeinschaft e-Health Ticino	Belloni	Valeria
Stammgemeinschaft Südost (eSANITA)	Patt	Richard
Stammgemeinschaft XAD (xsana)	Eglin	Samuel
Swisscom	Marmorì	Federico
	Frommer	Klaus

Anhang D: Liste der Interviewpartner im Ausland

Land	Organisation	Name, Funktion	Methode	Datum
Deutschland	Gematik GmbH	Charly Bunar, strategischer Produktleiter	Halbstrukturiertes Interview	30.04.2020
Österreich	ELGA GmbH	Günter Rauchegger, Geschäftsführer	Halbstrukturiertes Interview	22.05.2020

Quellenverzeichnis

Bilder

Das Urheberrecht für folgende Abbildungen liegt bei eHealth Suisse:



Literatur

BAG, Bundesamt für Gesundheit (2020): Finanzhilfen für das elektronische Patientendossier. URL <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-ehealth-schweiz/umsetzung-vollzug/finanzhilfen.html>, abgerufen am 1. Mai 2020.

Bignens, Serge und Egger, Oliver (2019): Grobkonzept Anbindung von mobilen Devices ans EPD. S. 24.

Eglin, Samuel (2020): Standortbestimmung XAD, Referat am Swiss eHealth Forum 2020.

eHealth Suisse (2010): Factsheet „Der Nutzen von eHealth“.

eHealth Suisse (2017a): Erfahrungswerte aus dem Projekt «MonDossierMedical.ch» des Kantons Genf. Umsetzungshilfe. S. 103.

eHealth Suisse (2017b): Informationsbroschüre für die Bevölkerung. Meine Gesundheitsinfos. Zur richtigen Zeit am richtigen Ort.

eHealth Suisse (2018): Einwilligung zur Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers. Umsetzungshilfe für die Stammgemeinschaften. S. 29.

eHealth Suisse (2020a): Die eMedikation im elektronischen Patientendossier: Architektur-Konzept.

eHealth Suisse (2020b): Was kostet das EPD? | patientendossier.ch. URL <https://www.patientendossier.ch/de/gesundheitsfachpersonen/informationen/haeufige-fragen/was-kostet-das-epd>, abgerufen am 1. Mai 2020.

Eidgenössisches Departement des Innern EDI (2017): Erläuterungen zum Anhang 4 (Austauschformate) der Verordnung des EDI über das elektronische Patientendossier (EPDV-EDI).

ELGA GmbH (2020): ELGA: Wissenswertes zu ELGA, ELGA - elektronische Gesundheitsakte. URL <http://www.elga.gv.at/faq/wissenswertes-zu-elga/>, abgerufen am 11. Mai 2020.

Ettlin, Ricarda und Wetz, Samuel (2019): Formative Evaluation der Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG): Arbeitsbericht Phase 2.

Gilli, Yvonne (2019): EPD: Restart your computer to finish important updates. In: Schweizerische Ärztezeitung.

Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2020): eHealth und Elektronisches Patientendossier (EPD): Aktivitäten in den Kantonen.

Lütschg, Nicolai (2020): Standortbestimmung eHealth Aargau, Referat am Swiss eHealth Forum 2020.

Patt, Richard (2020): Standortbestimmung eHealth Südost, Referat am Swiss eHealth Forum 2020.

Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2020): Sichere Medikation an Schnittstellen. URL <https://www.patientensicherheit.ch/programme-progress/sichere-medikation-an-schnittstellen/>, abgerufen am 1. Mai 2020.