

Konzept zur Umsetzung des EPDG-Monitorings

Christian Bolliger

Mitarbeit: Patricia Sager

Bern, 28. Oktober 2018

Genehmigt am 26.11.2018 durch Salome von Greyerz, BAG

Inhaltsverzeichnis

Tabellen und Abbildungen	iii
1 Einleitung	1
1.1 Zweck und Themen des Monitorings	1
1.2 Datenquellen des Monitorings.....	2
1.3 Zwecke des Umsetzungskonzepts	3
1.4 Inhalte des Umsetzungskonzepts	3
1.4.1 Betriebsdaten	3
1.4.2 Befragungsdaten	4
1.5 Aufbau des Umsetzungskonzepts	4
2 Überblick über die Indikatoren	5
3 Betriebsdaten	8
3.1 Datenquellen	8
3.2 Hinweise zur Beschreibung der Indikatoren	9
3.2.1 Tabellarische Darstellung	9
3.2.2 Hinweise zu Begriffen	10
3.3 Aufbau, Verbreitung und Nutzung des EPD	11
3.3.1 Betriebsdaten von Stammgemeinschaften und Gemeinschaften.....	11
3.3.2 Betriebsdaten aus den zentralen Abfragediensten	15
3.3.3 Andere Datenquellen	15
3.4 Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung	16
3.4.1 Betriebsdaten von Stammgemeinschaften und Gemeinschaften.....	16
3.4.2 Betriebsdaten aus den zentralen Abfragediensten	20
3.4.3 Andere Datenquellen	21
3.5 Interoperabilität	22
3.5.1 Betriebsdaten von Stammgemeinschaften und Gemeinschaften.....	22
3.5.2 Betriebsdaten aus den zentralen Abfragediensten	22
3.5.3 Andere Datenquellen	22
4 Befragung der Bevölkerung und der Patientinnen und Patienten mit einem EPD	23
4.1 Datenquellen	23
4.1.1 eHealth Barometer Bevölkerung.....	23
4.1.2 EPD-Nutzerbefragung von Patientinnen und Patienten (geplant)	23
4.2 Hinweise zur Beschreibung der Indikatoren	27
4.3 Aufschlüsselungen	29

4.4	<i>Aufbau, Verbreitung und Nutzung des EPD</i>	31
4.5	<i>Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung</i>	35
4.6	<i>Interoperabilität – keine Indikatoren</i>	38
5	Befragung der Gesundheitsfachpersonen	39
5.1	<i>Datenquellen</i>	39
5.1.1	<i>eHealth Barometer Gesundheitsfachpersonen</i>	39
5.1.2	<i>EPD-Nutzerbefragung von GFP (geplant)</i>	39
5.2	<i>Hinweise zur Beschreibung der Indikatoren</i>	44
5.3	<i>Aufschlüsselung der Gesundheitsfachpersonen</i>	45
5.4	<i>Aufbau, Verbreitung und Nutzung des EPD</i>	47
5.5	<i>Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung</i>	49
5.6	<i>Interoperabilität</i>	50
	Anhang 1: Weitere Fragen des eHealth Barometer Bevölkerung	52
	Anhang 2: Weitere Fragen des eHealth Barometer GFP	53
	Dokumente und Literatur	55

Tabellen und Abbildungen

Tabellen

Tabelle 2-1: Überblick über die Indikatoren des EPDG-Monitorings	6
Tabelle 3-1: Darstellung der Indikatoren, die sich auf Betriebsdaten stützen	9
Tabelle 4-1: Darstellung der Teilindikatoren bei der Befragung der Bevölkerung und der Personen mit EPD	28
Tabelle 4-2: Aufschlüsselung der befragten Personen nach persönlichen Merkmalen	30
Tabelle 5-1: Empfohlene Stichprobe der EPD-Nutzerbefragung von GFP	41
Tabelle 5-2: Darstellung der Teilindikatoren bei der Befragung von GFP	45
Tabelle 5-3: Aufschlüsselung der befragten Personen nach Merkmalen*	46

Abbildungen

Abbildung 1-1: Datenquellen des EPDG-Monitorings	2
--	---

1 Einleitung

Das Büro Vatter hat im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und unterstützt von einer Begleitgruppe mit Stakeholdern ein Konzept für das Monitoring des EPDG¹ erarbeitet (Bolliger/Bignens/Rüefli 2016). Im Hinblick auf die Umsetzung des Monitorings ist eine Detaillierung des Konzepts notwendig. Das vorliegende Umsetzungskonzept liefert hierzu die notwendigen Informationen.

1.1 Zweck und Themen des Monitorings

Das Monitoring dient erstens als Grundlage für die Evaluation nach Art. 18 EPDG, zweitens soll es dem BAG und den politischen Behörden in geeigneter Kadenz Informationen über die Umsetzung des Gesetzes und die Verbreitung des elektronischen Patientendossiers (EPD) zur Verfügung stellen.

Den thematischen Rahmen des Monitorings EPDG stecken das *Rahmenkonzept der Evaluation und die damit verbundenen übergeordneten Fragestellungen* ab (BAG 2016). Die im Monitoring vorgesehen Indikatoren sind nach folgenden Themenfeldern gegliedert:

- Aufbau, Verbreitung und Nutzung des Systems EPD und der einzelnen elektronischen Patientendossiers² durch Patienten und Gesundheitseinrichtungen/Gesundheitsfachpersonen. (► *Indikatoren mit Nummern 4-X*)
- Datenschutz und Datensicherheit inklusive informationelle Selbstbestimmung (► *Indikatoren mit Nummern 5-X*)
- Technische und semantische Interoperabilität (► *Indikatoren mit Nummern 6-X*)

Kapitel 2 enthält einen tabellarischen Überblick über alle Indikatoren.

Das Monitoring stellt dabei nicht allein auf *objektive Daten* ab. Zum besseren Verständnis der Entwicklungen im Zeitverlauf beschreibt das Monitoring auch die *Haltungen* und *Erfahrungen* der involvierten Gesundheitsfachpersonen sowie der Bevölkerung, resp. der Patienten in Bezug auf die drei berücksichtigten Evaluationsthemen.

Durch diese *subjektiven Indikatoren* kann auch einer thematischen Grenze des Monitorings begegnet werden. So kann im Rahmen des Monitorings der Nutzen des EPDG gemäss seinem Zweckartikel (Art. 1 EPDG) nicht objektiv gemessen werden (Bolliger/Bignens/Rüefli 2016 ff.). Es ist jedoch vorgesehen, sowohl bei den Gesundheitsfachpersonen als auch in der Bevölkerung/bei den Patientinnen und Patienten Einschätzungen

¹ Bundesgesetz vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier (EPDG; SR 816.1)

² Wir verwenden in diesem Bericht den Begriff „elektronisches Patientendossier“ oder „EPD“, wenn wir uns direkt auf die einzelnen Patientendossiers beziehen. Wir verwenden den Begriff „System EPD“, wenn wir uns auf das im Rahmen des EPDG errichtete Sekundärsystem zum Austausch der in den einzelnen EPD abgelegten Dokumente beziehen.

zum Nutzen des EPD zu erheben. Dabei können die Befragten danach differenziert werden, ob sie über Erfahrungen mit dem EPD verfügen oder nicht.

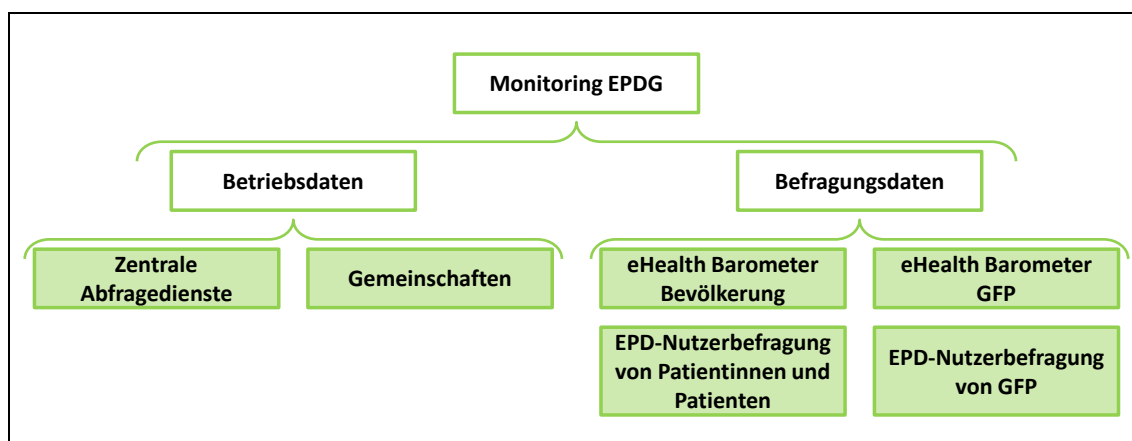
1.2 Datenquellen des Monitorings

Das Monitoring des EPDG stützt sich auf Daten aus dem Betrieb des Systems EPD sowie auf Befragungsdaten (Abbildung 1-1). Die *Betriebsdaten* stammen je nach Indikator von den Zentralen Abfragediensten (ZAD) (Art. 39 EPDV) oder müssen von den Stammgemeinschaften und den Gemeinschaften geliefert werden.

Befragungsdaten werden im Rahmen der bereits bestehenden Befragungen der Bevölkerung sowie von Gesundheitsfachpersonen und IT-Verantwortlichen verschiedener Typen von Gesundheitseinrichtungen erhoben (eHealth Barometer Bevölkerung und eHealth Barometer GFP; gfs.bern 2018a; 2018b). Zusätzlich sind in den ersten Betriebsjahren des Systems EPD zwei gezielte Nutzerbefragungen vorgesehen: Befragt werden Personen mit einem EPD (Patientinnen und Patienten³) sowie Gesundheitsfachpersonen (GFP), die einer (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sind. Damit soll sichergestellt werden, dass auch in den Anfangsjahren genügend Patientinnen und Patienten sowie GFP befragt werden können, die bereits Erfahrungen mit dem elektronischen Patientendossier gesammelt haben.

Die Datenquellen werden in den jeweiligen Kapiteln Umsetzungskonzepts näher beschrieben.

Abbildung 1-1: Datenquellen des EPDG-Monitorings



Darstellung Büro Vatter

³ Aus Gründen der sprachlichen Einfachheit werden in diesem Bericht nicht konsequent die männliche und die weibliche Form verwendet, sondern oft nur die männliche Form stellvertretend für beide Geschlechter.

1.3 Zwecke des Umsetzungskonzepts

Das Umsetzungskonzept dient folgenden Zwecken:

- Hauptzweck des Umsetzungskonzepts steht die möglichst präzise *Beschreibung der einzelnen Indikatoren*, die im Rahmen des Monitorings zu erheben sind. Basierend auf dem Monitoring-Konzept wurden bei den *Betriebsdaten* mit dem BAG die technische Machbarkeit geprüft und wo nötig die Indikatoren angepasst. Ebenfalls wurden Aufschlüsselungen der Indikatoren präzisiert und festgelegt. Es konnten nicht alle methodischen Fragen abschliessend geklärt werden. Die offenen Punkte sind bei den einzelnen Indikatoren vermerkt. Bei den *Befragungsdaten* konkretisiert das Umsetzungskonzept die im Monitoring-Konzept erst summarisch aufgeführten Indikatoren, indem es Teilindikatoren vorschlägt. Ebenfalls werden Aufschlüsselungen für Vergleiche der befragten Personen vorgeschlagen. Das Umsetzungskonzept bildet somit die Basis für die konkreten Umsetzungsarbeiten.
- Ergänzend soll das Umsetzungskonzept *konzeptionelle Grundlagen* liefern für die neu vorzusehenden Befragungen von Personen mit einem EPD (*EPD-Nutzerbefragung von Patientinnen und Patienten*) und von Gesundheitsfachpersonen, die sich einer (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen haben (*EPD-Nutzerbefragung von GFP*).

1.4 Inhalte des Umsetzungskonzepts

1.4.1 Betriebsdaten

Im Rahmen der Erarbeitung des Umsetzungskonzepts wurden die im Monitoring-Konzept vorgesehen Indikatoren der Betriebsdaten hinsichtlich der Machbarkeit im Rahmen des Monitorings überprüft und Varianten von deren Aufschlüsselung nach verschiedenen Untergruppen untersucht. Zudem wurde eine Auswahl von Kernindikatoren getroffen, die vorläufig alle drei bis vier Monate zu erheben sind. Die übrigen Indikatoren werden jährlich erhoben. Bei einzelnen im Monitoring-Konzept vorgesehenen Indikatoren entschied das BAG, aufgrund des im Verhältnis zum Ertrag unverhältnismässigen Aufwands auf die Erhebung im Rahmen es Monitoring zu verzichten. Die Erhebung dieser Indikatoren wird nach Möglichkeit im Rahmen der Begleitforschung weiterverfolgt. Dies ist im vorliegenden Umsetzungskonzept vermerkt. Die Indikatoren werden in tabellarischer Form einzeln dargestellt (vgl. Kapitel 3). Die Tabellen enthalten eine kurze Beschreibung und halten darüber hinaus die Zählheit, die vorgesehene Aufschlüsselung, mögliche Auswertungen sowie eine mögliche Datenquelle fest.

Dieser Teil des Umsetzungskonzepts dient als Grundlage zur Erstellung der vorgesehenen Handbücher z.H. des BAG für die Auswertung der Daten aus den zentralen Abfragediensten und z.H. der (Stamm-)Gemeinschaften für die Datenlieferung.

1.4.2 Befragungsdaten

Im Rahmen des Monitoring-Konzepts wurden die mittels Befragungen zu erhebenden Indikatoren erst summarisch festgehalten. Das Umsetzungskonzept gliedert nun diese Indikatoren in Teilindikatoren auf, die jeweils einzelnen Fragen der vorgesehenen Umfragen entsprechen (vgl. *Kapitel 4 und 5*). Neben der konkreten Frage jedes Teilindikators macht das Umsetzungskonzept Angaben zur vorgesehenen Aufschlüsselung der Auswertungen nach soziodemographischen und anderen Eigenschaften der Befragten. Ebenfalls wird festgehalten, im Rahmen welcher Erhebungen (eHealth Barometer, EPD-Nutzerbefragungen) der Indikator abzufragen ist.

Ergänzend enthält das Umsetzungskonzept ein Grobkonzept für ein Befragungsdesign und einen Vorgehensplan für die neu vorgesehenen EPD-Nutzerbefragungen von Patientinnen und Patienten sowie von GFP.

1.5 Aufbau des Umsetzungskonzepts

Während das Monitoring-Konzept entlang der Themen der Evaluation aufgebaut war, orientiert sich die Gliederung des Umsetzungskonzepts stärker an den einzelnen Datenquellen.

Zur besseren Orientierung findet sich in *Kapitel 2* dieses Dokuments eine Übersichtstabelle über alle Indikatoren in ihrer thematischen Reihenfolge und mit Querverweisen auf den jeweiligen Abschnitt, in denen sie beschrieben sind.

Entsprechend werden in *Kapitel 3* die Indikatoren beschrieben, die gestützt auf Betriebsdaten erhoben werden. Dabei werden zunächst die verschiedenen Datenquellen beschrieben, danach werden die Indikatoren einzeln tabellarisch dargestellt.

In *Kapitel 4* stehen die Befragung der Bevölkerung sowie die EPD-Nutzerbefragung der Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Dabei werden zunächst die beiden Datenquellen beschrieben, wobei im Hinblick auf die Befragung der EPD-Nutzerbefragung eine Vorgehensskizze entworfen wird. Danach folgt ebenfalls die tabellarische Darstellung der Indikatoren

Kapitel 5 bildet in analoger Weise die beiden Befragungen bei den Gesundheitsfachpersonen und die entsprechenden Indikatoren ab.

2 Überblick über die Indikatoren

In den nachfolgenden Überblickstabellen (Tabelle 2-1) werden die Indikatoren gemäss ihrer thematisch gegliederten Reihenfolge und Nummerierung im Monitoring-Konzept (Bolliger/Bignens/Rüefli et al. 2016) aufgeführt. Die erste Ziffer vor dem Bindestrich bezieht sich auf das Kapitel im Monitoring-Konzept und zeigt damit den Themenbereich gemäss dem Rahmenkonzept der Evaluation an. Innerhalb dieses Themas sind die Indikatoren jeweils fortlaufend nummeriert. Neben der Bezeichnung wird in den Bemerkungen ein Hinweis gemacht, wenn sich bezüglich des Indikators aufgrund der Abklärungen für dieses Umsetzungskonzept eine bedeutende Veränderung ergeben hat: So wurden z.B. Indikatoren in die Begleitforschung verschoben oder aufgrund der gleichen Messweise in andere Indikatoren integriert. Hinweise zu den Datenquellen:

- SG/G: Daten werden von Stammgemeinschaften/Gemeinschaften geliefert
- ZAD: Daten stammen aus den zentralen Abfragediensten gemäss Art. 39 EPDV
- Bevö: Befragung der Bevölkerung und/oder EPD-Nutzerbefragung der Patientinnen und Patienten
- GFP: Befragung von Gesundheitsfachpersonen und/oder EPD-Nutzerbefragung der GFP
- Andere: Andere Datenquellen

Indikatoren **mit roter Bezeichnung** sind voraussichtlich alle drei bis vier Monate zu erhebende Kernindikatoren, die übrigen werden jährlich erhoben.

Tabelle 2-1: Überblick über die Indikatoren des EPDG-Monitorings

Aufbau, Verbreitung und Nutzung des EPD (Kapitel 4 des Monitoring-Konzepts)

Nr.	Bezeichnung	Bemerkung	Quelle	Abschnitt
4-1	Zugang zum EPD		Andere	3.3.3
4-2	Verbreitung des EPD unter den Patienten		SG	3.3.1
4-3	Bereitschaft, ein EPD zu eröffnen und ihre Bestimmungsfaktoren		Bevö	4.4
4-4	Beteiligung von Gesundheitseinrichtungen		ZAD	3.3.2
4-5	Bereitschaft der Gesundheitsfachpersonen		GFP	5.4
4-6	Bereitgestellte Dokumente	Bezeichnung geändert	SG/G	3.3.1
4-7	Erfassungspraxis der Gesundheitseinrichtungen	Begleitforschung		
4-8	Einrichtungen, die zu den EPD beitragen	Begleitforschung		
4-9	Abrufe von bereitgestellten Dokumenten	Durch Teilindikatoren ersetzt	SG/G	3.3.1
4-10	Abrufe von bereitgestellten Dokumenten verschiedener Einrichtungen pro Dossier	Begleitforschung		
4-11	Relative Bedeutung des EPD für die GFP		GFP	5.4
4-12	Relative Bedeutung des EPD aus Sicht Patienten		Bevö	4.4
4-13	Von Patienten bereitgestellte Dokumente	In 4-6 integriert; Bezeichnung geändert	SG/G	3.3.1
4-14	EPD mit von Patienten bereitgestellten Dokumenten	Begleitforschung; Bezeichnung geändert		
4-15	Abrufe von bereitgestellten Dokumenten durch Patienten	In 4-9 integriert	SG/G	3.3.1
4-16	Gründe der Nutzung durch die Patienten		Bevö	4.4

**Datenschutz und Datensicherheit inklusive informationelle Selbstbestimmung
(Kapitel 5 des Monitoring-Konzepts)**

Nr.	Bezeichnung	Bemerkung	Quelle	Abschnitt
5-1	Befristung der Zugriffsrechte		SG	3.4.1
5-2	Zugriffsrecht in Notsituationen		SG	3.4.1
5-3	Verändern der Vertraulichkeitsstufen neuer Daten		SG	3.4.1
5-4	Ausschluss von Gesundheitsfachpersonen		SG	3.4.1
5-5	Inanspruchnahme des Rechts auf Informationen über Eintritte in Gruppen		SG	3.4.1
5-6	Kein automatisches Zugriffsrecht bei Eintritten in Gruppen	Wird nicht erhoben		
5-7	Benennung einer Stellvertretung		SG	3.4.1
5-8	Ermächtigung mindestens einer Gesundheitsfachperson		SG	3.4.1
5-8-9	Personen, die von keiner Steuerungsmöglichkeit Gebrauch gemacht haben	Neuer Indikator	SG	3.4.1
5-9	Widerrufe von Einwilligungen		SG	3.4.1
5-10	Vertraulichkeitsstufen		SG/G	3.4.1
5-11	Gruppengrößen		ZAD	3.4.2
5-12	Bekanntheit und Beurteilung der Steuerungsmöglichkeiten bei den Patienten		Bevö	4.5
5-13	Meldungen von Ereignissen mit Datenschutzbezug		Andere	3.4.3
5-14	Notfallabrufe	In 4-9 integriert	SG/G	3.4.1
5-15	Beurteilung Datenschutz und Datensicherheit durch GFP		GFP	5.5
5-16	Beurteilung Datenschutz und Datensicherheit durch Patienten		Bevö	4.5
5-20	Anzahl GFP und Gruppen von GFP mit Zugriffsrechten pro EPD		SG	3.4.1

Nr.	Bezeichnung	Bemerkung	Quelle	
6-1	Von der EPDV vorgegebene Austauschformate	Bezeichnung geändert	Andere	3.5.3
6-2	Standardisierte erfasste Dokumente		SG/G	3.5.1
6-3	Semantisches Level bei Dokumentenzugriffen		Andere	3.5.1
6-4	Geschätzte Kosten und Nutzen einer Steigerung der semantischen Interoperabilität		GFP	5.6

3 Betriebsdaten

Nachfolgend werden die Indikatoren beschrieben, die sich auf Daten aus dem Betrieb des Systems EPD stützen. Im ersten Abschnitt werden die Quellen der Betriebsdaten aufgeführt. Der zweite Abschnitt erläutert die Darstellungsweise der Indikatoren. Die weiteren Abschnitte listen die Indikatoren tabellarisch auf.

3.1 Datenquellen

Die Betriebsdaten stützen sich auf folgende Quellen:

- *Zentrale Abfragedienste (ZAD)*: Die bei den ZAD anfallenden Angaben über die einer Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft angeschlossenen Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen können direkt vom BAG abgefragt und ausgewertet werden. Die Datenbasis bildet der Health Provider Directory (HPD). Zu beachten ist, dass die Dateneingabe durch die Stammgemeinschaften und Gemeinschaften erfolgt und das BAG keine Qualitätskontrolle vornimmt.
- *Daten der Stammgemeinschaften und Gemeinschaften*: Die Stammgemeinschaften und Gemeinschaften liefern dem BAG für das Monitoring Aggregatdaten, also statistische Auswertungen („Standardtabellen“) aus folgenden Datenquellen:
 - *Master Patient Index (MPI)*: Bei den Stammgemeinschaften sind im Master Patient Index Angaben über die Personen festgehalten, die über ein elektronisches Patientendossier verfügen.
 - *Document Registry*: Im Dokumentenregister der Stammgemeinschaften und Gemeinschaften sind alle Dokumente der SG/G registriert, die sich zu einem bestimmten Zeitpunkt in den EPD befinden. Dokumentiert werden dort auch sämtliche Metadaten dieser Dokumente gemäss Anhang 3 EPDV-EDI. Diese Angaben geben Aufschluss über verschiedene Eigenschaften („Attribute“) der hochgeladenen Dokumente. Da jede Aktualisierung bestehender Dokumente eine neue Version erzeugt, lässt sich auch auswerten, wie häufig ein Dokument geändert wurde.
 - *Policy Manager*: Bei den Stammgemeinschaften finden sich hier Informationen darüber, wie die Patientinnen und Patienten die Zugriffsrechte der Gesundheitsfachpersonen auf ihre EPD festgelegt haben.
 - *Audit Repositories*: Bei den Audit Repositories handelt es sich um ein Ablagesystem für die Protokolldaten, die bei jeder Bearbeitung eines EPD anfallen. Sie gewährleisten insbesondere für die Personen mit einem EPD die Nachvollziehbarkeit aller Datenbearbeitungen. Zu protokollieren sind „insbesondere die Bereitstellung und der Abruf von medizinischen Daten, die Änderung von Metadaten (z. B. der Vertraulichkeitsstufe), die Anpassungen an der Konfiguration der Berechtigungssteuerung sowie Authentisierungs- und Autorisierungsentscheide und die Daten, aufgrund dessen diese Entscheide gefällt wurden. Die

für die Ereignisse protokollierten Protokolldaten müssen Informationen darüber enthalten, wer, wann und wie auf welche Daten zugegriffen oder sie erstellt hat“ (Erläuterungen EPDV: 22).

Genereller Hinweis - Verzicht auf Betriebsdaten zu Gesundheitsfachpersonen: Die Indikatoren zur Verbreitung des EPD beschränken sich auf die Verbreitung in der Bevölkerung (Personen mit EPD) und in den Gesundheitseinrichtungen. Auf Auswertungen zur Anzahl registrierter Gesundheitsfachpersonen in diesen Gesundheitseinrichtungen wird bewusst verzichtet, weil die Aussagekraft dieser Zählheit für die effektive Verbreitung des EPD als gering zu beurteilen ist (sog. Pförtnerstrategie der Gesundheitseinrichtungen, siehe Bolliger/Bignens/Rüefli 2016: 13).

3.2 Hinweise zur Beschreibung der Indikatoren

3.2.1 Tabellarische Darstellung

Die einzelnen Indikatoren werden wie am nachfolgenden Muster gezeigt beschrieben.

Tabelle 3-1: Darstellung der Indikatoren, die sich auf Betriebsdaten stützen

Indikator X-X: [Nummer und Name gemäss Monitoring-Konzept, Bolliger/Bignens/Rüefli 2016]

	[Angabe, ob es sich um einen alle drei bis vier Monate zu erhebenden Kernindikator handelt]
<i>Beschreibung</i>	[Kurze verbale Beschreibung des Indikators inklusive einem Überblick über die Aufschlüsselungen]
<i>Zählheit</i>	[Angabe darüber, über welche Grösse der Indikator Aufschluss gibt. Es handelt sich bei den Betriebsdaten um Gesundheitseinrichtungen, um Personen resp. ihre EPD, um Dokumente oder um Zugriffe auf Dokumente, wobei zwischen dem Abrufen bereitgestellter Dokumente (Lesezugriff) und dem Einstellen neuer Versionen von Dokumenten (Schreibzugriff) unterschieden werden kann]
<i>Aufschlüsselung</i>	[Angabe, nach welchen Eigenschaften die gezählte Grösse weiter aufgeschlüsselt werden kann, bei Personen z.B. das Alter oder das Geschlecht]
<i>Beispiel-Auswertungen (BAG)</i>	[Hier werden Hinweise über Auswertungsmöglichkeiten gegeben, anhand derer das BAG auch zusätzliche oder vertiefende Aussagen machen kann. Diese Auswertungen erfordern in der Regel die Berücksichtigung einer Bezugsgrösse. Dabei kann es sich ebenfalls um eine Angabe aus den Betriebsdaten handeln (z.B. Durchschnittliche Anzahl Dokumente <i>pro EPD</i>). Es kann sich aber auch um EPD-externe Statistiken handeln (z.B.: Anteil der Personen mit einem EPD <i>an der Gesamtbevölkerung</i>)]
<i>Datenquelle</i>	[Angabe der möglichen Datenquelle und datenliefernden Stelle, z.B.: SG/G liefern Aggregatdaten aus der Document Registry]

3.2.2 Hinweise zu Begriffen

Bei der Beschreibung der Indikatoren werden folgende Begriffe verwendet

- *Kernindikatoren:* Die Indikatoren werden prinzipiell jährlich erhoben. Eine Ausnahme bilden die Kernindikatoren (rote Bezeichnung im Tabellenkopf). Diese werden voraussichtlich alle drei bis vier Monate erhoben. *Bei den Kernindikatoren ist noch zu entscheiden, welche Aufschlüsselungen alle drei bis vier Monate und welche jährlich zu liefern sind.*
- *Stichtag:* Das Datum, für welches der Zustand des Systems EPD jeweils zu erheben ist.
- *Attribut:* Bei einzelnen Aufschlüsselungen von Indikatoren wird auf das entsprechende Attribut der Metadaten jedes Dokuments verwiesen, gemäss dem die Angaben aufgeschlüsselt werden sollen. Die Nummerierung bezieht sich auf die Angabe in Anhang 3 EPDV-EDI. Das vorliegende Dokument stützt sich auf den Stand der Attribute im Mai 2018.
- *Begleitforschung:* Daten gewisser Indikatoren werden weder im Rahmen des Monitorings, noch im Rahmen der Evaluation erhoben werden können. Um diese Daten dennoch zu erhalten, werden Einzelstudien beziehungsweise -erhebungen durchgeführt. Diese Art der Datenerhebung wird mit dem Begriff „Begleitforschung“ im Titel des Indikators vermerkt (vgl. Tab. 2-1). Auf eine Beschreibung dieser Indikatoren wird im vorliegenden Umsetzungskonzept verzichtet.

3.3 Aufbau, Verbreitung und Nutzung des EPD

3.3.1 Betriebsdaten von Stammgemeinschaften und Gemeinschaften

Indikator 4-2: Verbreitung des EPD unter den Patienten

	Kernindikator, alle drei bis vier Monate erheben
<i>Beschreibung</i>	Anzahl Personen, von denen am Stichtag ein EPD besteht, aufgeschlüsselt nach verschiedenen Eigenschaften dieser Personen*
<i>Zähleinheit</i>	Personen mit einem EPD
<i>Aufschlüsselung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Stammgemeinschaft</i>: Stammgemeinschaft, bei der die Person ihr EPD eröffnet hat. • <i>Kanton</i>: Kanton des Wohnsitzes der Person • <i>Altersklassen (am Stichtag) in 5-Jahresklassen</i>: 0-4 5-9 ... 95-99 100+ <i>in Kombination mit Geschlecht</i>: männlich weiblich anderes (analog Attribut 10)
<i>Beispiel-Auswertungen (BAG)</i>	<p>Vergleich Personen mit EPD mit der Referenzbevölkerung, jeweils gestützt auf aktuellste verfügbare Daten der Bevölkerungsstatistik STATPOP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Personen mit einem EPD an der Gesamtbevölkerung • Anteile der Personen mit einem EPD der einzelnen Stammgemeinschaften an der Gesamtbevölkerung im Verbreitungsgebiet jeder Stammgemeinschaft • Anteile der Personen mit einem EPD an der Kantonsbevölkerung • Anteile der Frauen/Männer mit einem EPD an der Anzahl Frauen/Männer in der Gesamtbevölkerung • Anteile der Personen mit einem EPD an der Gesamtbevölkerung jeder Altersgruppe
<i>Datenquelle</i>	SG liefern Aggregatdaten aus dem Master Patient Index (MPI)

* Zu beachten ist, dass das EPD bei Todesfällen noch mindestens zwei Jahre weiterbestehen muss, bevor es gelöscht werden kann. Falls es möglich ist, dass alle Stammgemeinschaften das Todesdatum im MPI erfassen, kann die Zählung um die Todesfälle korrigiert werden. Andernfalls ist diese Unschärfe in Kauf zu nehmen.

Indikator 4-6: Bereitgestellte Dokumente

(inkl. Indikator 4-13, von Patienten erfasste Dokumente)

	Kernindikator, alle drei bis vier Monate erheben
<i>Beschreibung</i>	Gesamtzahl der Dokumente, die am Stichtag im System EPD erfasst sind, inklusive deren Eigenschaften sowie Eigenschaften der Erfassenden
<i>Zähleinheit</i>	Dokumente im System EPD (Dokumente, von denen mehrere Versionen erstellt worden sind, sind nur einmal zu zählen)
<i>Aufschlüsselung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Erfassende Gemeinschaft/Stammgemeinschaft</i>: Anzahl Dokumente, die von den Gesundheitseinrichtungen erfasst werden, die bei der gleichen Gemeinschaft angeschlossen sind • <i>Erfassende Gesundheitseinrichtung/erfassender Patient</i>: Spitäler Alters- und Pflegeheime Arztpraxen und ambulante Zentren Spitex-Organisationen Apotheken andere Gesundheitseinrichtungen Patient. Basierend auf Angaben in Attribut 6. • <i>Dokumentenklasse</i>: Konsultationseinträge/-notizen, ... (vgl. Attribut 3) • <i>Dokumententyp</i>: Patienteneinwilligung, ... (vgl. Attribut 11). Dabei handelt es sich um eine Detaillierung von Attribut 6. Hinweis: Mit Ausnahme des Typs „Other Document Type“ können alle Dokumente einwandfrei auch einer Dokumentenklasse gemäss Attribut 3 zugeordnet werden.* • <i>Autor/in des Dokuments</i>: Apotheker, ... (vgl. Attribut 1)
<i>Beispiel-Auswertungen (BAG)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Dokumente pro EPD (Anzahl Dokumente geteilt durch Anzahl EPD gemäss Indikator 4-2) • Vergleich der Stammgemeinschaften und Gemeinschaften hinsichtlich der weiteren Aufschlüsselungen
<i>Datenquelle</i>	SG/G liefern Aggregatdaten aus der Document Registry

* Will das BAG auch die Aufschlüsselung nach Dokumentenklasse eindeutig zuordnen können, müssen ihm die Stammgemeinschaften und die Gemeinschaften von den Dokumenten des Typs „Other Document Type“ die Dokumentenklasse gemäss Attribut 3 liefern.

Indikator 4-7: Erfassungspraxis der Gesundheitseinrichtungen

Dieser Indikator wird im Rahmen der Begleitforschung weiterverfolgt.

Indikator 4-8: Einrichtungen, die zu den EPD beitragen

Dieser Indikator wird im Rahmen der Begleitforschung weiterverfolgt.

Indikator 4-9: Abrufe bereitgestellter Dokumente

Inkl. Indikator 4-15: Abrufe bereitgestellter Dokumente durch Patienten

Inkl. Indikator 5-14: Notfallabrufe

Gegenüber dem Monitoring-Konzept erfolgt eine Verfeinerung der Datenerhebung, in dem zwei neue Teilindikatoren gebildet werden:

- *Neue Versionen von bereitgestellten Dokumenten*. Wenn eine Gesundheitsfachperson in einem EPD ein bereits bereitgestelltes Dokument aktualisiert (z.B. wenn sie auf einem Impfausweis eine neue Impfung einträgt), wird im EPD eine neue Version

dieses Dokuments abgelegt. Die Anzahl neuer Versionen, die in einem bestimmten Zeitraum erfolgen, bildet somit einen Indikator dafür, wie intensiv die EPD inhaltlich bearbeitet werden.

- *Abrufe von bereitgestellten Dokumenten:* Ebenfalls interessiert, wie oft auf die EPD zugegriffen wird, ohne dass etwas geändert wird. Die Anzahl der bereitgestellten Dokumente bildet einen Indikator dafür, wie häufig die Gesundheitsfachpersonen die im EPD abgelegten Dokumente als Informationsquelle nutzen (mit dem Vorbehalt der Pförtnerstrategien, vgl. Bolliger/Bignens/Rüefli 2016: 13). Da hier alle Abrufe erfasst werden, empfiehlt es sich, die Abrufe von Patienten (Indikator 4-15) und die Notfallabrufe (Indikator 5-14) mit zu berücksichtigen, aber im Rahmen von Aufschlüsselungen auszuweisen. Spezielle Aufschlüsselungen zu den Notfallabrufen werden bei Indikator 5-14 (Abschnitt zur informationellen Selbstbestimmung und Datenschutz) beschrieben.

Teilindikator 4-9: Abrufe von bereitgestellten Dokumenten

	Kernindikator, alle drei bis vier Monate zu erheben
<i>Beschreibung</i>	Anzahl Abrufe von bereitgestellten Dokumenten von Gesundheitsfachpersonen oder Patienten auf elektronische Patientendossiers, im Zeitraum zwischen dem letzten Stichtag und dem aktuellen Stichtag. Aufschlüsselungen nach Urheber und Art des Abrufs
<i>Zähleinheit</i>	Abruf eines bereitgestellten Dokumentes im System EPD
<i>Aufschlüsselung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Urheber des Abrufs:</i> Gesundheitseinrichtung Patient (=Person mit EPD) • <i>Art des Abrufs:</i> Ordentlicher Abruf Notfallabruf • <i>Abrufende Gesundheitseinrichtung/zugreifender Patient:</i> Spitäler Alters- und Pflegeheime Arztpraxen und ambulante Zentren Spitex-Organisationen Apotheken andere Gesundheitseinrichtungen Patient. Basierend auf Angaben in Attribut 6 • <i>Gemeinschaft:</i> ergibt sich durch Datenlieferung
<i>Beispiel-Auswertungen (BAG)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Durchschnittliche Anzahl Abrufe pro EPD:</i> Anzahl Abrufe geteilt durch Anzahl EPD gemäss Indikator 4-2. Auch aufgeschlüsselt nach Urheber des Abrufs und Art des Abrufs möglich • <i>Durchschnittliche Anzahl Abrufe pro Dokument:</i> Anzahl Abrufe geteilt durch Anzahl Dokumente gemäss Indikator 4-6
<i>Datenquelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ordentliche Abrufe: <ul style="list-style-type: none"> ○ Lesen SG/G: liefern Aggregatdaten aus den Audit Repositories; ○ Schreiben/Update: SG/G liefern Aggregatdaten aus der Document Registry; • Notfallabrufe: SG/G liefern Aggregatdaten aus den Audit Repositories

Indikator 4-10: Abrufe von bereitgestellten Dokumenten verschiedener Einrichtungen pro Dossier

Dieser Indikator wird im Rahmen der Begleitforschung weiterverfolgt.

Indikator 4-13: Von Patienten bereitgestellte Dokumente

Dieser Indikator wird mit Indikator 4-6 erfasst

Indikator 4-14: EPD mit von Patienten bereitgestellten Dokumenten

Dieser Indikator wird im Rahmen der Begleitforschung weiterverfolgt.

Indikator 4-15: Abrufe von bereitgestellten Dokumenten durch Patienten

Dieser Indikator wird mit Indikator 4-9 erfasst

3.3.2 Betriebsdaten aus den zentralen Abfragediensten

Indikator 4-4: Beteiligung von Gesundheitseinrichtungen

	Kernindikator, alle drei bis vier Monate zu erheben
<i>Beschreibung</i>	Anzahl Gesundheitseinrichtungen, die am Stichtag einer Gemeinschaft angeschlossen sind, aufgeschlüsselt nach Eigenschaften der Gesundheitseinrichtungen
<i>Zähleinheit</i>	Gesundheitseinrichtung, die einer Gemeinschaft angeschlossen ist
<i>Aufschlüsselung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinschaft: Gemeinschaft, bei der die Gesundheitseinrichtung angeschlossen ist • Art der Gemeinschaft: Bei Stammgemeinschaften angeschlossen bei Gemeinschaften angeschlossen. • Art der Gesundheitseinrichtung: Spitäler Alters- und Pflegeheime Arztpraxen und ambulante Zentren Spitex-Organisationen Apotheken andere Gesundheitseinrichtungen gemäss Attribut 8. • Medizinische Ausrichtung der Gesundheitseinrichtungen: Clinical immunology/allergy ... gemäss Attribut 2
<i>Beispiel-Auswertungen (BAG)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil angeschlossener Gesundheitseinrichtungen, nach Art der Gesundheitseinrichtung: Anteil Gesundheitseinrichtungen, die einer Gemeinschaft angeschlossen sind, an der Gesamtzahl bestehender Gesundheitseinrichtungen (z.B. Anteil angeschlossener Arztpraxen). Berechnung anhand aktuellster verfügbarer Bestandeszahlen gemäss den Statistiken des BFS (Spitäler: Krankenhausstatistik; Alters- und Pflegeheime: SOMED; Arztpraxen: MAS oder Statent; Spitex-Organisationen: Spitexstatistik; Apotheken: Pharmasuisse oder Statent) • Anteil angeschlossener Gesundheitseinrichtungen, nach Art der Gesundheitseinrichtung: Gleiche Auswertung, aber differenziert z.B. nach Kanton. Kann als Ersatz für Indikator 4-1 (Zugang zum EPD: Versorgungsgebiete der Stammgemeinschaften) genutzt werden • Gewichtung der angeschlossenen Gesundheitseinrichtungen gemäss der Anzahl angestellter Fachpersonen. Erfordert eine Verknüpfung der Gesundheitseinrichtungen mit den Angaben aus den Statistiken des BFS. Prinzipiell möglich anhand der BUR-Nummer.
<i>Datenquelle</i>	Zentrale Abfragedienste, Health Provider Directory Präzisierende Hinweise zu Aufschlüsselungen: <ul style="list-style-type: none"> • Art der Gesundheitseinrichtung: businessCategory in HPD entspricht Attribut 8 • Medizinische Ausrichtung: Hc Specialisation in HPD entspricht Attribut 2

3.3.3 Andere Datenquellen

Indikator 4-1 umschreibt das Versorgungsgebiet der Stammgemeinschaften. Vorgesehen ist hierzu die Auswertung der Angaben zu den Versorgungsgebieten in den Gesuchen der Stammgemeinschaften um Finanzhilfen nach Art. 20 EPDG. Die Angaben stehen somit beim BAG zur Verfügung. Somit ergibt sich auch die Aufschlüsselung nach Stammgemeinschaften aus diesen Angaben. Denkbar ist eine kartographische oder tabellarische Darstellung.

Indikator 4-1: Zugang zum EPD

<i>Beschreibung</i>	Räumliche Eingrenzung der angegebenen Versorgungsgebiete von Stammgemeinschaften.
<i>Zähleinheit</i>	Kantone
<i>Aufschlüsselung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Stammgemeinschaft
<i>Beispiel-Auswertungen (BAG)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tabellarische oder kartographische Darstellung der Abdeckung von Kantonen durch die Versorgungsgebiete Stammgemeinschaften, dadurch Visualisierung von Überlappungen und Lücken.
<i>Datenquelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> • BAG, Gesuche der Stammgemeinschaften um Finanzhilfen nach Art. 20 EPDG

3.4 Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung

3.4.1 Betriebsdaten von Stammgemeinschaften und Gemeinschaften

Anhand der Betriebsdaten der Stammgemeinschaften kann eruiert werden, wie die Personen mit einem EPD die Zugriffsrechte der Gesundheitsfachpersonen auf ihre EPD eingestellt haben. Es wird *neu zusätzlich ein Sammelindikator angeregt, der Personen zählt, die von keiner Steuerungsmöglichkeit Gebrauch gemacht haben (5-8-9).*

Im Hinblick auf die Interpretation dieser Indikatoren ist folgendes zu beachten: Gemäss einer Empfehlung von eHealth Suisse ist es zulässig, dass Stammgemeinschaften ihren Patienten pauschale Voreinstellungen anbieten, die von der rechtlich vorgegebenen Grundeinstellung abweichen, damit diese nicht jedes einzelne Zugriffsrecht manuell festlegen müssen. Solche Voreinstellungen dürften die Häufigkeit bestimmter Eingriffe massgeblich prägen.

Hinweis: Die nachfolgend beschriebenen Indikatoren 5-1 bis 5-8 sind hinsichtlich Zähleinheit, Aufschlüsselung, Spezialauswertungen identisch, weshalb ab Indikator 5-2 jeweils nur eine Beschreibung und die Quellenangabe wiedergegeben werden.

Indikator 5-1: Befristung der Zugriffsrechte

<i>Beschreibung</i>	Anzahl Personen, welche am Stichtag die Dauer des Zugriffsrechts mindestens einer GFP aktiv selbst geregelt haben (Art. 4 Bst. d EPDV).
<i>Zähleinheit</i>	Personen mit einem EPD
<i>Aufschlüsselung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Stammgemeinschaft</i>: Stammgemeinschaft, bei der die Person ihr EPD eröffnet hat. • <i>Altersklassen (am Stichtag) in 5-Jahresklassen</i>: 0-4 5-9 ... 95-99 100+ <i>in Kombination mit Geschlecht</i>: männlich weiblich anderes (analog Attribut 10)
<i>Beispiel-Auswertungen (BAG)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Personen, welche diesen Steuerungseingriff vorgenommen haben, an allen Personen mit einem EPD gemäss Indikator 4-2
<i>Datenquelle</i>	SG liefern Daten aus dem Policy Manager

Indikator 5-2: Zugriffsrecht in Notsituationen

Indikator wird gegliedert in zwei Teilindikatoren 5-2-1 und 5-2-2

Indikator 5-2-1: Zugriffsrecht in Notsituationen ausgeschlossen

<i>Beschreibung</i>	Anzahl Personen, die am Stichtag das Zugriffsrecht für medizinische Notfallsituationen vollständig ausgeschlossen haben (Art. 4 Bst. e EPDV).
<i>Datenquelle</i>	SG liefern Daten aus dem Policy Manager

Indikator 5-2-2: Zugriffsrecht in Notsituationen erweitert

<i>Beschreibung</i>	Anzahl Personen, die am Stichtag das Zugriffsrecht für medizinische Notfallsituationen auf die Vertraulichkeitsstufe „eingeschränkt zugänglich“ erweitert haben (Art. 4 Bst. e EPDV).
<i>Datenquelle</i>	SG liefern Daten aus dem Policy Manager

Indikator 5-3: Verändern der Vertraulichkeitsstufen neuer Daten

<i>Beschreibung</i>	Anzahl Personen, welche am Stichtag die Vertraulichkeitsstufe von neu in ihrem EPD eingestellten Daten standardmässig anders festgelegt haben als auf "normal zugänglich", d.h. sie haben die Standardeinstellung auf "geheim" oder "eingeschränkt zugänglich" eingestellt (Art. 4 Bst. a EPDV)
<i>Datenquelle</i>	SG liefern Daten aus dem Policy Manager

Indikator 5-4: Ausschluss von Gesundheitsfachpersonen

<i>Beschreibung</i>	Anzahl Personen, die am Stichtag mindestens eine Gesundheitsfachperson vom
---------------------	--

	Zugriff auf ihr EPD ausgeschlossen haben (Art. 4 Bst. b EPDV).
<i>Datenquelle</i>	SG liefern Daten aus dem Policy Manager

Indikator 5-5: Inanspruchnahme des Rechts auf Information über Eintritte in Gruppen

<i>Beschreibung</i>	Anzahl Personen, die gemäss Einstellung am Stichtag darüber informiert werden wollen, wenn neue GFP in eine Gruppe eintreten, welcher sie Zugriffsrechte erteilt haben (Art. 4 Bst. c EPDV)
<i>Datenquelle</i>	SG liefern Daten aus dem Policy Manager

Indikator 5-6: Wird nicht erhoben

Dieser Indikator stützte sich auf eine im Entwurf der EPDV vorgesehene Bestimmung ab, die nicht in Kraft getreten ist. Die Erhebung erübrigt sich deshalb.

Indikator 5-7: Benennung einer Stellvertretung

<i>Beschreibung</i>	Anzahl Personen, die am Stichtag eine Stellvertretung benannt haben (Art. 4 Bst. f EPDV).
<i>Datenquelle</i>	SG liefern Daten aus dem Policy Manager

Indikator 5-8: Ermächtigung mindestens einer Gesundheitsfachperson

<i>Beschreibung</i>	Anzahl Personen, die am Stichtag mindestens eine Gesundheitsfachperson ermächtigt haben, weiteren Gesundheitsfachpersonen Zugriffsrechte zuzuweisen (Art. 4 Bst. g EPDV).
<i>Datenquelle</i>	SG liefern Daten aus dem Policy Manager

Indikator 5-8-9: Personen, die von keiner Steuerungsmöglichkeit Gebrauch gemacht haben

Neu: Dieser Indikator war im Monitoring-Konzept nicht vorgesehen

<i>Beschreibung</i>	Anzahl Personen, die am Stichtag noch von keiner Steuerungsmöglichkeit nach Art. 4 EPDV Gebrauch gemacht haben. (Ausnahme: Benennung eines Stellvertreters gemäss Art. 4 Bst. f EPDV, siehe Indikator 5-7).*
<i>Datenquelle</i>	SG liefern Daten aus dem Policy Manager

*SG/G können den Indikator aus den Ausprägungen der Indikatoren 5-1 bis 5-5 sowie 5-8 rechnerisch ermitteln (Da das BAG von diesen Indikatoren Aggregatdaten erhält, kann es 5-8-9 nicht selbst rechnerisch ermitteln).

Indikator 5-9: Widerrufe von Einwilligungen

<i>Beschreibung</i>	Anzahl Personen, die ihre Einwilligung zur Führung eines EPD zwischen dem letzten und dem aktuellen Stichtag widerrufen haben (Art. 21 Abs. 1 EPDV)
<i>Zähleinheit</i>	Anzahl Personen, die ihre Einwilligung zur Eröffnung eines EPD widerrufen haben.
<i>Aufschlüsselung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Stammgemeinschaft</i>: Stammgemeinschaft, bei der die Person ihr EPD eröffnet hatte. • <i>Altersklassen (am Stichtag) in 5-Jahresklassen</i>: 0-4 5-9 ... 95-99 100+ <i>in Kombination mit Geschlecht</i>: männlich weiblich anderes (analog Attribut 10)
<i>Beispiel-Auswertungen (BAG)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Personen, die ihre Einwilligung widerrufen haben, an allen Personen mit einem EPD gemäss Indikator 4-2
<i>Datenquelle</i>	SG liefern Daten

Indikator 5-10: Vertraulichkeitsstufen

<i>Beschreibung</i>	Anzahl Dokumente am Stichtag, die den Vertraulichkeitsstufen gemäss Art. 1 EPDV zugeordnet sind: normal zugänglich; eingeschränkt zugänglich; geheim.
<i>Zähleinheit</i>	Dokumente im System EPD (Dokumente, von denen mehrere Versionen existieren, sind nur einmal zu zählen)
<i>Aufschlüsselung</i>	<p>Anzahl normal zugängliche, eingeschränkt zugängliche und geheime Dokumente, jeweils folgende Aufschlüsselungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Erfassende Gemeinschaft/Stammgemeinschaft</i>: Anzahl Dokumente, die von den Gesundheitseinrichtungen erfasst werden, die bei der jeweils gleichen Gemeinschaft angeschlossen sind • <i>Erfassende Gesundheitseinrichtung/erfassender Patient</i>: Spitäler Alters- und Pflegeheime Arztpraxen und ambulante Zentren Spitex-Organisationen Apotheken andere Gesundheitseinrichtungen Patient. Basierend auf Angaben in Attribut 6 • <i>Dokumentenklasse</i>: Konsultationseinträge/-notizen, ... (vgl. Attribut 3) • <i>Dokumententyp</i>: Patienteneinwilligung, ... (vgl. Attribut 11). Dabei handelt es sich um eine Detaillierung von Attribut 6. Hinweis: Mit Ausnahme des Typs „Other Document Type“ können alle Dokumente einwandfrei auch einer Dokumentenklasse gemäss Attribut 3 zugeordnet werden.* • <i>Autor/in des Dokuments</i>: Apotheker, ... (vgl. Attribut 1)
<i>Beispiel-Auswertungen (BAG)</i>	Für die Gesamtheit der Dokumente sowie die verschiedenen Aufschlüsselungen kann der Anteil normal zugänglicher, eingeschränkt zugänglicher und geheimer Dokumente ausgewiesen und verglichen werden.
<i>Datenquelle</i>	SG/ G liefern Daten aus der Document Registry

* Will das BAG auch die Aufschlüsselung nach Dokumentenklasse eindeutig zuordnen können, müssen ihm die Stammgemeinschaften und die Gemeinschaften von den Dokumenten des Typs „Other Document Type“ die Dokumentenklasse gemäss Attribut 3 liefern.

Indikator 5-14: Notfallabrufe

Dieser Indikator wird im Rahmen von Indikator 4-9 erhoben. Deswegen werden nachfolgend nur die Beispiel-Auswertungen ausgewiesen

<i>Beispiel-Auswertungen (BAG)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Durchschnittliche Anzahl Notfallabrufe pro EPD:</i> Anzahl Notfallabrufe gemäss Indikator 4-9 dividiert durch Anzahl EPD gemäss Indikator 4-2

Indikator 5-20: Anzahl Gesundheitsfachpersonen und Gruppen von Gesundheitsfachpersonen mit Zugriffsrechten pro EPD

<i>Beschreibung</i>	Anzahl Gesundheitsfachpersonen und Gruppen von Gesundheitsfachpersonen mit Zugriffsrechten pro EPD am Stichtag.
<i>Zähleinheit</i>	EPDs mit Anzahl zugeordneter Zugriffsrechte pro GFP bzw. Gruppe von GFP?
<i>Aufschlüsselung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gemeinschaft/Stammgemeinschaft:</i> ergibt sich durch die Lieferung
<i>Beispiel-Auswertungen (BAG)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl von Gesundheitsfachpersonen pro EPD • Durchschnittliche Anzahl von Gruppen von Gesundheitsfachpersonen pro EPD
<i>Datenquelle</i>	SG/ G liefern Daten vom Policy Manager

3.4.2 Betriebsdaten aus den zentralen Abfragediensten

Indikator 5-11: Gruppengrößen

<i>Beschreibung</i>	Anzahl Gesundheitsfachpersonen pro registrierte Gruppe
<i>Zähleinheit</i>	Anzahl Gesundheitsfachpersonen pro registrierte Gruppe
<i>Aufschlüsselung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Grössenklassen der durchschnittlichen Gruppengröße:</i> Anzahl der stationären Einrichtungen mit einer noch zu bestimmenden durchschnittlichen Gruppengröße (z.B. Gruppengröße beträgt 1-3 4-8 9-15 16-24... Gesundheitsfachpersonen pro Gruppe). <p>Darstellung der Verteilung dieser Grössenklassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gesundheitseinrichtungen</i> • <i>Stammgemeinschaften und Gemeinschaften</i> • <i>Art der Gesundheitseinrichtung:</i> Spitäler Alters- und Pflegeheime
<i>Beispiel-Auswertungen (BAG)</i>	Für jede Aufschlüsselung ist im HPD die Anzahl Gruppen von GFP zu bestimmen. Ebenfalls ist für jede Gesundheitseinrichtung die Anzahl Gesundheitsfachpersonen zu bestimmen, da aufgrund der vermuteten Pfortnerstrategien (= wie wird das nun offiziell genannt?) (vgl. Bolliger/Bignens/Rüefli 2016: 13) die Aussagekraft sonst zweifelhaft ist.
<i>Datenquelle</i>	Anzahl Gruppen: Zentrale Abfragedienste (Health Provider Directory)

Anzahl Gesundheitsfachpersonen: Bestimmung der Anzahl Fachpersonen für jede Einrichtung aufgrund der Krankenhausstatistik (BFS), durch Verknüpfung über die BUR-Nummer.

3.4.3 Andere Datenquellen

Indikator 5-13: Meldungen von Ereignissen mit Datenschutzbezug

<i>Beschreibung</i>	Zählung verschiedener Ereignisse mit einem Datenschutzbezug gemäss EPDV im Zeitraum zwischen dem aktuellen und dem letzten Stichtag. Zu erfassen sind folgende Arten von Ereignissen: <ul style="list-style-type: none"> • Meldungen sicherheitsrelevanter Vorfälle ans BAG gemäss Art. 12 EPDV • wesentliche Abweichungen von den Zertifizierungsvoraussetzungen (Feststellung im Rahmen der jährlichen Kontrollen) nach Art. 34 EPDV • Anwendungen der Schutzklausel nach Art. 37 EPDV: vorübergehende Verweigerung des Zugangs (Bst. a); Verbot des Gebrauchs bestimmter elektronischer Identifikationsmittel für den Zugriff (Bst. b); Anordnung einer ausserordentlichen Rezertifizierung (Bst. c). • Sistierungen der Gültigkeit eines Zertifikats durch die Zertifizierungsstelle nach Art. 38 EPDV • Zertifikatsentzüge durch die Zertifizierungsstelle nach Art. 38 EPDV • Vom BAG angeordnete Überprüfungen nach Art. 38 EPDV
<i>Zähleinheit</i>	Datenschutzrelevante Ereignisse
<i>Aufschlüsselung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Art der Meldung • Gemeinschaft, welche das Ereignis betrifft
<i>Beispiel-Auswertungen (BAG)</i>	Keine
<i>Datenquelle</i>	BAG, Zertifizierungsstelle

3.5 Interoperabilität

3.5.1 Betriebsdaten von Stammgemeinschaften und Gemeinschaften

Indikator 6-2: Standardisierte erfasste Dokumente

<i>Beschreibung</i>	Anzahl Dokumente, die am Stichtag in einem standardisierten Austauschformat erfasst sind.
<i>Zähleinheit</i>	Dokumente im System EPD
<i>Aufschlüsselung</i>	Anzahl nicht standardisierte und Anzahl standardisierte Dokumente wird identifiziert anhand Attribut 5. Die beiden Gruppen jeweils aufgeschlüsselt nach folgenden weiteren Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Erfassende Gemeinschaft/Stammgemeinschaft</i>: Anzahl Dokumente, die von den Gesundheitseinrichtungen erfasst werden, die bei der jeweils gleichen Gemeinschaft angeschlossen sind • <i>Erfassende Gesundheitseinrichtung/erfassender Patient</i>: Spitäler Alters- und Pflegeheime Arztpraxen und ambulante Zentren Spitex-Organisationen Apotheken andere Gesundheitseinrichtungen Patient. Basierend auf Angaben in Attribut 6
<i>Beispiel-Auswertungen (BAG)</i>	Für die Gesamtheit der Dokumente sowie die verschiedenen Aufschlüsselungen kann der Anteil Dokumente in standardisiertem Austauschformat ausgewiesen und verglichen werden.
<i>Datenquelle</i>	SG/G liefern Daten aus der Document Registry

3.5.2 Betriebsdaten aus den zentralen Abfragediensten

Gestützt auf die ZAD werden keine Indikatoren zur Interoperabilität erhoben.

3.5.3 Andere Datenquellen

Indikator 6-1: Von der EPDV vorgegebene Austauschformate

<i>Beschreibung</i>	Anzahl der am Stichtag vorgegebenen standardisierten Austauschformate nach Art. 10 Abs. 3 Bst. b EPDV
<i>Zähleinheit</i>	In Anhang 4 EPDV EDI aufgelistete standardisierte Austauschformate
<i>Aufschlüsselung</i>	Keine
<i>Beispiel-Auswertungen (BAG)</i>	Keine
<i>Datenquelle</i>	Anhang 4 EPDV EDI

4 Befragung der Bevölkerung und der Patientinnen und Patienten mit einem EPD

Nachfolgend werden die Indikatoren beschrieben, die sich auf Daten aus der Befragung der Bevölkerung (*eHealth Barometer Bevölkerung*) sowie der zusätzlichen, noch zu planenden *EPD-Nutzerbefragung der Patientinnen und Patienten* stützen. Im ersten Abschnitt wird zunächst auf die beiden Datenquellen eingegangen. Der zweite Abschnitt stellt die einzelnen Indikatoren dar. Der Beschreibung der Indikatoren widmen sich die folgenden Abschnitte. Dabei werden Hinweise zur Darstellung und zur Aufschlüsselung der Datenauswertung nach Untergruppen der befragten Personen im dritten Abschnitt vorangestellt.

4.1 Datenquellen

Nachfolgend wird zunächst der eHealth Barometer Bevölkerung kurz beschrieben, danach wird skizziert, wie die zusätzliche EPD-Nutzerbefragung der Patientinnen und Patienten konzipiert werden soll und welche Abklärungen hierfür notwendig sind.

4.1.1 eHealth Barometer Bevölkerung

Der eHealth Barometer Bevölkerung besteht seit 2015. Befragt wurden bis 2017 jeweils im Januar eine geschichtete Zufallsstichprobe von rund 1'200 Schweizerinnen und Schweizern ab 18 Jahre. Bei der Befragung 2018 wurden in der Stichprobe erstmals auch sprachassimierte Ausländerinnen und Ausländer befragt (N = 1201; gfs.bern 2018a). Damit zuverlässige Aussagen für alle Sprachregionen möglich sind, beträgt die Stichprobe im Tessin jeweils rund 200 Personen, in der französischen Schweiz rund 300 Personen und in der Deutschschweiz rund 700 Personen. Für Aussagen zur Gesamtschweiz werden die Angaben entsprechend gewichtet.

Träger der Befragung sind das BAG und die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH. Der Fragenkatalog wurde im Hinblick auf das Monitoring EPDG im Jahr 2018 inhaltlich angepasst.

4.1.2 EPD-Nutzerbefragung von Patientinnen und Patienten (geplant)

In den ersten Betriebsjahren des Systems EPD werden in der Stichprobe des eHealth Barometers erst wenige Personen mit einem EPD enthalten sein. Um zuverlässige Aussagen zu den Erfahrungen der Personen mit einem EPD und ihren Einschätzungen z.B. des Nutzens und der Risiken des EPD gewinnen zu können, ist der eHealth Barometer zu ergänzen. Vorgesehen ist hierzu eine Befragung, bei der gezielt Personen kontaktiert werden, die ein EPD eröffnet haben. Nachfolgend wird das Untersuchungsdesign dieser freiwilligen Befragung grob umrissen. Der letzte Unterabschnitt skizziert Abklärungen zur Vorbereitung der Umfrage, die in einem Befragungskonzept aufgearbeitet werden können.

Erstmalige Rekrutierung von Befragten bei der Eröffnung des EPD

Um Personen mit einem EPD rekrutieren zu können, sollen möglichst alle Personen, die ein elektronisches Patientendossier eröffnen, im Rahmen ihres Anmeldeverfahrens gefragt werden, ob sie bereit sind, an einer Befragung des BAG zum EPD teilzunehmen. Denkbar ist beispielsweise, dass die Personen auf dem Formular der schriftlichen Einwilligung zur Eröffnung eines EPD angeben können, ob sie an einer solchen Befragung teilnehmen wollen oder nicht. Alternativ kann das Einverständnis auch im Rahmen der danach erfolgten Eröffnung des EPD online erfragt werden.

Herausforderung: Beteiligung der Stammgemeinschaften: Damit eine möglichst gleichmässige Beteiligung der Personen mit EPD an der Umfrage nicht verhindert wird, sollten sämtliche Stammgemeinschaften den Personen einen möglichst gleich einfachen Zugang zur Befragung ermöglichen. Ein Anreiz für die Stammgemeinschaften könnte sein, ihnen die Möglichkeit anzubieten, eigene Fragen in den Fragebogen zu integrieren oder umgekehrt. Falls eine Stammgemeinschaft eine eigene Befragung plant, kann umgekehrt der Fragebogen des BAG dort integriert werden.

Erstmalige Befragung nach der Eröffnung, späteres Nachdoppeln

Jenen Personen, die ihr Einverständnis zur Beteiligung an der Befragung gegeben haben, wird gleich am Ende oder kurz nach der erfolgten Eröffnung ihres EPD ein online ausfüllbarer Fragebogen zugänglich gemacht. Kurz nach der Eröffnung des EPD können die Befragten noch keine Angaben zu ihren Erfahrungen machen, aber sie können z.B. verschiedene Einschätzungen zum EPD abgeben, die danach mit den Einschätzungen jener Personen verglichen werden können, die noch nicht, oder die bereits seit längerer Zeit über ein EPD verfügen. Ebenfalls sind analog zum eHealth-Barometer soziodemographische Angaben der Personen und einfache Angaben zu ihrem Gesundheitszustand zu erfragen (vgl. Tabelle 4-2).

Bei der erstmaligen Befragung werden die Befragten um Erlaubnis gebeten, sie zu einem späteren Zeitpunkt (z.B. nach einem Jahr) erneut zu befragen. Bei späteren Befragungen können auch Erfahrungen abgefragt werden. Es ist grundsätzlich möglich, das Einverständnis für weitere Befragungen einzuholen, so dass die Erfahrungen der gleichen Person über längere Zeit wieder abgefragt werden können.

Herausforderung: Beteiligung an der Befragung: Ziel muss eine möglichst unverzerrte Beteiligung an der Befragung sein. Dies kann durch die üblichen Strategien bewirkt werden: Freundliche, motivierende Kontaktierung, kurze Fragebogen, Reminding, allenfalls Abgabe eines materiellen Beteiligungsanreizes/Wettbewerb. Zentral dürfte insbesondere sein, den Datenschutz glaubwürdig zu gewährleisten und klarzustellen, dass für die Auswertenden kein Zugriff auf das EPD selbst besteht. Schliesslich ist zu bedenken, dass auch gesundheitlich stark beeinträchtigte Personen an der Befragung teilnehmen können sollten. Somit empfiehlt sich ein möglichst barrierefreier Zugang und ein guter Support; allenfalls ist hier-

zu auch die Möglichkeit einer telefonischen Befragung zu gewährleisten (vgl. Bolliger et al. 2016; Bolliger/ Golder 2016).

Festzuhalten bleibt: Trotz solcher Massnahmen handelt es sich aufgrund der beschriebenen Rekrutierungsstrategie um eine Opt-In-Befragung, d.h. es erfolgt keine persönliche und allenfalls nach interessierenden Merkmalen geschichtete Kontaktierung). Somit ist davon auszugehen, dass die Teilnehmenden keine repräsentative Stichprobe der Gesamtheit aller Personen mit EPD darstellen. Dies ist bei der Auswertung zu beachten.

Jährliche Auswertung, ergänzend zum eHealth Barometer

Zur optimalen Einbettung ins Monitoring sind die Antworten der Teilnehmenden zu sammeln und einmal jährlich gleichzeitig mit dem eHealth-Barometer auszuwerten. Dies ermöglicht es auch, die Einschätzungen zum EPD der Personen mit und ohne eigenes EPD direkt zu vergleichen.

Herausforderung: geeignete Gewichtung zur Gewinnung verallgemeinerbarer Aussagen. Da die Stichprobe nicht repräsentativ ist, können die Ergebnisse der Befragung nicht ohne weiteres auf die Gesamtheit aller Personen mit einem EPD verallgemeinert werden. Zum Beispiel ist es denkbar, dass jüngere Personen mit grösserer Wahrscheinlichkeit eher an der Befragung teilnehmen als ältere, womit erstere in der Befragung über- und letztere untervertreten sind. Für verallgemeinerbare Aussagen muss in diesem Fall den Antworten der jüngeren Personen in diesem Fall bei der Auswertung ein geringeres Gewicht beigemessen werden als den Antworten der älteren Personen. Es können jedoch neben dem Alter noch andere Eigenschaften der Befragten Personen nicht repräsentativ abgebildet sein, so etwa das Geschlecht, die Wohnregion oder gesundheitliche Eigenschaften. Eine korrekte Gewichtung nach diesen Variablen ist jedoch nur möglich, wenn deren Verteilung in der Grundgesamtheit bekannt ist. Dies ist nicht für alle interessierenden Variablen ohne weiteres gewährleistet:

- Möglich ist eine Gewichtung nach *Alter, Geschlecht und Wohnkanton*: Anhand der Betriebsdaten kann eruiert werden, welchen Alters und Geschlechts die Personen mit einem EPD sind, ebenfalls ist die Erhebung des Wohnkantons vorgesehen (vgl. Indikator 4-2).⁴

⁴ Zeigt sich bei den Befragungen eine hohe Beteiligungsbereitschaft, ist es auch denkbar, aus der Gruppe der beteiligungsbereiten Personen nur eine Stichprobe zu kontaktieren. Wenn zu diesen auch soziodemographische Angaben vorliegen (Alter, Geschlecht, Wohnkanton/Wohnort), kann diese Stichprobe geschichtet werden. Die Reduktion der Befragung auf eine Stichprobe reduziert den Aufwand für den Support und allfällige telefonisch zu führende Interviews (vgl. Hinweise zur Barrierefreiheit).

- Eine Gewichtung der Personen mit einem EPD *nach gesundheitlichen und allenfalls weiteren Merkmalen* ist hingegen basierend auf den Betriebsdaten nicht möglich. Es müsste somit hierfür auf eine Erhebung zurückgegriffen werden können, die genauere und zuverlässige Rückschlüsse über die Zusammensetzung der Personen mit EPD hinsichtlich dieser Merkmale ermöglicht. Eine solche Erhebung müsste gewährleisten, dass rund 250 bis 500 Personen mit einem EPD in der Stichprobe enthalten sind. Wenn z.B. 5% der Gesamtbevölkerung über ein EPD verfügen, so wäre bei einer zufälligen Ziehung eine Stichprobe von 5'000 bis 10'000 Personen notwendig.

Bei der Erarbeitung des Befragungskonzepts zu treffende Abklärungen

Als nächster Vorbereitungsschritt ist ein **Befragungskonzept** zu erarbeiten. Nachfolgend werden Hinweise dazu gegeben, welche Vorabklärungen dabei im Hinblick auf die EPD-Nutzerbefragung von Patientinnen und Patienten zu treffen sind. *Da die Stammgemeinschaften bei der Realisierung der Befragung eine zentrale Rolle als Zugangsportale spielen dürften, ist eine enge Absprache mit ihnen schon in der Konzeptphase notwendig.*

- *Betreffend Kontaktierung der zu befragenden Personen:* Es ist mit den Stammgemeinschaften zu klären, wie die Kontaktierung der zu befragenden Personen am besten in den Prozess der Einwilligung und Eröffnung des eigenen EPD zu integrieren ist.
- *Organisation der Auswertung:* Es ist zu klären, ob die Auswertung pro Stammgemeinschaft und /oder national organisiert wird, und wer die Auswertung übernimmt.
- *Betreffend zu stellender Fragen:* Das vorliegende Umsetzungskonzept enthält die Angaben über die (Teil-)Indikatoren des Monitorings, die im Rahmen der Befragung von Personen mit EPD abzufragen sind. Gewisse Fragen sind definitiv, weil identisch mit den Fragen des eHealth Barometer. Andere sind erst als erste Entwürfe zu verstehen, die bei noch überarbeitet werden müssen. Zu klären ist noch, welche Fragen im Rahmen der Erstkontaktierung und welche im Rahmen einer (oder mehrerer) späteren wiederkehrenden Befragung gestellt werden können/sollen.
- *Betreffend Umfragedesign:* Es ist zu klären, welche Massnahmen zur Gewährleistung der Barrierefreiheit zu treffen sind. Ebenfalls ist zu klären, zu welchen Zeitpunkten nach der Erstkontaktierung eine Befragung zu den Erfahrungen sinnvoll ist. Ist damit zu rechnen, dass die Befragung einen Support und die Möglichkeit einer telefonischen Teilnahme erfordert, empfiehlt sich die Beschränkung auf eine Stichprobe.
- *Betreffend Gewichtung:* Es ist zu klären, ob neben dem Alter und dem Geschlecht weitere Gewichtungsvariablen notwendig sind. Aufschlussreich hierfür könnten

Angaben über die Beteiligung am Genfer Projekt „Mon Dossier Medical⁵“ oder im Ausland sein, falls solche verfügbar sind. Sollten sich zusätzliche Gewichtungen aufdrängen, ist zu prüfen, ob im Rahmen einer bestehenden Umfrage mit genügend grosser Stichprobe, welche die relevanten Personeneigenschaften (Soziodemographie, Gesundheit) erhebt, auch eine Frage platziert werden könnte, ob die betreffende Person über ein EPD verfügt. In Frage käme hierfür allenfalls das Schweizer Haushalt Panel (2016: rund 11'000 Befragte).⁶ Thematisch passend wäre insbesondere die Schweizerische Gesundheitsbefragung des BFS (2017: rund 21'000 Befragte⁷), die allerdings erst 2022 wieder durchgeführt wird.

- *Kostenschätzung:* Bei der Erarbeitung des Befragungskonzepts sind die Kosten der Befragung abzuschätzen. Eine frühe Kenntnis der zu erwartenden Kosten ist wichtig, damit im Falle einer WTO-Ausschreibung genügend Zeit für die Vorbereitung bleibt.

4.2 Hinweise zur Beschreibung der Indikatoren

Jeder Indikator wird anhand der Angaben im Monitoring-Konzept mit Name und Kurzbeschreibung dargestellt. Zur Beschreibung der Indikatoren in den nachfolgenden Abschnitten sind folgende Vorbemerkungen zu machen:

- *Bildung von Teilindikatoren:* Die auf Befragungsdaten gestützten Indikatoren wurden im Monitoring-Konzept erst summarisch beschrieben. Sie beinhalten mehrere Komponenten, weshalb für die Umsetzung des Konzepts Teilindikatoren gebildet wurden. Dabei handelt es sich um Fragen mit den dazugehörigen Antwortkategorien, die im Rahmen der jeweils zur Anwendung kommenden Befragung gestellt werden sollen. Diese Teilindikatoren werden kurz eingeleitet und danach tabellarisch abgebildet gemäss der nachfolgenden Mustertabelle (Tabelle 4-1).
- *Bereits verwendete und neu zu konzipierende Indikatoren:* Ein Teil der nachfolgend abgebildeten Fragen wurden bereits im Rahmen des eHealth Barometer 2018 verwendet. Sie sind als definitiv zu betrachten, denn künftige Anpassungen würden den Vergleich der Ergebnisse verschiedener Jahre erschweren. Zu Indikatoren, die bisher noch nie abgefragt wurden, wurden bei der Erarbeitung des Umsetzungskonzepts ebenfalls erste Ideen für Fragen entworfen. Diese sind bei der Erarbeitung der Fragebogen künftiger Erhebungen zu prüfen und bei Bedarf anzupassen. Bei der Darstellung der Teilindikatoren werden diese in Rot mit „**Skizze einer neuen Frage**“ gekennzeichnet

⁵ <http://www.mondossiermedical.ch/>; 14.2.2018

⁶ <http://forscenter.ch/de/our-surveys/swiss-household-panel/>; 14.2.2018). Das SHP wird von FORS verantwortet und massgeblich vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützt.

⁷ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb/2017.html>; (14.2.2018)

- *Aufschlüsselungen pro Indikator:* Ein Vergleich von Untergruppen der Befragten ermöglicht zusätzliche Erkenntnisse. Es können dabei folgende Gruppen von Aufschlüsselungen unterschieden werden: soziodemographische Merkmale, gesundheitsbezogene Merkmale, Affinität zu eHealth sowie die Bereitschaft zur Eröffnung eines EPD. Diese Aufschlüsselungen werden in Abschnitt 4.3 vorgestellt. Bei der Beschreibung der Teilindikatoren wird beschrieben, nach welchen Merkmalen der Befragten sie ausgewertet werden sollen.
- *Befragung von Personen mit oder ohne EPD.* Schliesslich sind die Teilindikatoren/Fragen danach zu unterscheiden, welche Personengruppe befragt werden soll, was sich auch darauf auswirkt, welche Befragung zur Anwendung kommt:
 - Teil-Indikatoren, die nur Personen ohne EPD betreffen, werden nur im eHealth-Barometer erhoben
 - Teil-Indikatoren, die nur Personen mit EPD betreffen, sollten prinzipiell in beiden Befragungen in identischer Weise erhoben werden, da auch im eHealth-Barometer zunehmend mit Befragten zu rechnen ist, die ein EPD eröffnet haben.
 - Teilindikatoren, die Personen mit und ohne EPD betreffen, sind in beiden Befragungen identisch zu erheben. Dies ermöglicht einen guten Vergleich zwischen diesen beiden Gruppen.

In den Tabellen der Teilindikatoren wird jeweils angegeben, ob die betreffende Frage den Personen mit EPD, Personen ohne EPD oder beiden Gruppen zu stellen ist.

Tabelle 4-1: Darstellung der Teilindikatoren bei der Befragung der Bevölkerung und der Personen mit EPD

Indikator X-X: Teilindikatoren

Bezeichnung	Frage; Kategorien; Aufschlüsselung	Wer*
X-X.X [Bezeichnung des bestehenden Teilindikators]	<p>[Variablenname gemäss eHealth Barometer 2018]: [Formulierung der Frage gemäss eHealthBarometer 2018]</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> [Vorgesehene Antwortkategorien gemäss eHealth Barometer]</p> <p>▶ <i>Aufschlüsselung:</i> [Vorgesehene Auswahl aus Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität, EPD-Grundtypen, vgl. Abschnitt 4.3]</p>	[O und/oder M]
X-X.Y: [Bezeichnung des neuen Teilindikators]	<p>[Erste Idee für neue Frage]: [Formulierungsentwurf der Frage]</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> [Entwurf von Antwortkategorien]</p> <p>▶ <i>Aufschlüsselung:</i> [Vorgesehene Auswahl aus Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität, EPD-Grundtypen, vgl. Abschnitt 4.3]</p>	[O und/oder M]

*Spalte gibt an, wer zu befragen ist: O: Personen ohne EPD, M: Personen mit EPD.

Hinweis für die Befragungsplanung: Basierend auf den Teilindikatoren-Listen des Umsetzungskonzepts können die beiden Fragebogen entwickelt werden. Wird der Fragebogen

des eHealth-Barometers für jene Personen, die schon ein EPD haben, zu lang, sind dort so viele Fragen wie nötig zu kürzen, die sich nur an Personen mit EPD richten. Stellt sich bei der Vorbereitung der EPD-Nutzerbefragung heraus, dass der entsprechende Fragebogen zu lange wird, können dort Fragen weggelassen werden, die beiden Gruppen gestellt werden, bei denen jedoch der Vergleich zwischen Personen mit und ohne EPD nicht im Vordergrund steht.

Zu beachten ist ferner, dass der 2018 verwendete Fragebogen des eHealth Barometers Bevölkerung auch Fragen zum elektronischen Patientendossier enthält, die nicht einem Indikator im Monitoring zugeordnet werden können. Diese Fragen werden der Vollständigkeit halber in Anhang 1 dieses Dokuments aufgeführt.

4.3 Aufschlüsselungen

Bei den Befragungsdaten werden zusätzlich zu den einzelnen Indikatoren verschiedene soziodemographische, gesundheitsbezogene und auf eHealth bezogene Angaben erhoben. Diese Angaben können dazu genutzt werden, im Monitoring Gruppenunterschiede herauszuarbeiten. Tabelle 4-2 führt die möglichen Aufschlüsselungen gemäss eHealth Barometer 2018 auf.

Tabelle 4-2: Aufschlüsselung der befragten Personen nach persönlichen Merkmalen

Beschreibung	Fragename*	Ausprägungen
Soziodemographie		
Geschlecht	S11	Mann Frau andere
Alter	S12	z.B. 18 bis 39 40 bis 64 65+ (beliebige andere Aufschlüsselung möglich)
Sprachregion		Deutschschweiz, französische Schweiz, italienische Schweiz
Nationalität	stimm	Schweiz, Ausland
Höchste abgeschlossene Ausbildung	bildung	Keine Primar-Real-Sekundarschule Berufslehre-Berufsschule-KV-Gewerbeschule Maturitätsschule, Gymnasium, LehrerInnenseminar, Berufsmaturität Höhere Fach- oder Berufsausbildung, Kunstgewerbeschule Höhere Fachschule z. B. HTL, HWV Technische Hochschulen (ETH), Fachhochschule (FHS) Universität
Gesundheit		
Medizinische Versorgung (vergangene 12 Monate)	kontakt1, kontakt2, kontakt3	Keine ambulante medizinische Behandlung oder Kontrolle dauerhafte Medikamenteneinnahme stationärer Spitalaufenthalt stationärer Spitalaufenthalt + dauerhafte Medikamenteneinnahme
Interesse an Gesundheitsweisen	pat1	Sehr oder eher interessiert eher nicht oder überhaupt nicht interessiert
eHealth-Affinität		
Bisherige Nutzung von eHealth-Möglichkeiten	ehang1, ehang2, ehea6d	Bildung eines Index aus verschiedenen Variablen: - Nutzung von elektronischen Angeboten - Kommunikation mit GFP: genutzte Kanäle
EPD-Grundtypen		
Nutzung und Bereitschaft zur Eröffnung eines EPD	Ehea10, ehea10b, neue Frage	Bildung von Typen (entspricht Teilindikator 4-3.3): Neu: Hat bereits ein EPD eröffnet Ist bereit, ein EPD zu eröffnen Ist nicht bereit, ein EPD zu eröffnen keine Zuordnung möglich Hinweis: Mit fortschreitender Dauer des Monitorings kann eine Differenzierung der Personen nach der Dauer seit der Eröffnung ihres EPD geprüft werden.

* Name der Frage gemäss Fragebogen eHealth Barometer Bevölkerung 2018

4.4 Aufbau, Verbreitung und Nutzung des EPD

Indikator 4-3: Bereitschaft, ein EPD zu eröffnen und ihre Bestimmungsfaktoren

Angaben zur Bekanntheit des EPD und zur Bereitschaft zur Eröffnung eines EPD, Gründe für und gegen ein EPD aus Sicht der Patienten.

Die persönliche Bereitschaft, ein EPD zu eröffnen, ist nicht die einzige Voraussetzung, die erfüllt sein muss, damit eine Person ein EPD eröffnet (vgl. Bolliger/Bignens/Rüefli 2016: 29). Als Vorbedingung muss die Person wissen, dass es das EPD gibt (Bekanntheit). Ebenfalls ist zu erheben, ob die befragten Personen ein EPD eröffnet haben oder nicht. Ergänzend kann der (erwünschte) Ort der Eröffnung und die Zahlungsbereitschaft abgefragt werden.

Weiter sind nicht nur die persönliche Bereitschaft zur Eröffnung eines EPD zu messen, sondern auch die Gründe, welche diese Bereitschaft fördern oder ihr entgegenstehen. Diese Haltungen sind eng mit dem erwarteten/wahrgenommenen Nutzen und Risiken des EPD verbunden. Befragt werden hierzu nicht nur Personen ohne, sondern auch Personen mit EPD, was Gruppenvergleiche zwischen den verschiedenen EPD-Grundtypen gemäss Tabelle 4-2 ermöglicht.

Indikator 4-3: Teilindikatoren

Bezeichnung	Frage; Kategorien; Aufschlüsselung	Wer*
4-3.1: Bekanntheit des EPD	<p>ehang1: Kennen Sie die nachfolgenden elektronischen Angebote? Abgefragtes Angebot: Elektronisches Patientendossier mit Zugangsmöglichkeit für die Patienten</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Ja Nein Keine Angabe</p> <p>► <i>Aufschlüsselung:</i> Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität, EPD-Grundtypen</p>	O
4-3.2: Austausch von Behandlungsdaten	<p>ehea8: Sind Sie grundsätzlich einverstanden, wenn verschiedene Behandelnde Ihre Daten im Rahmen Ihrer Behandlung elektronisch miteinander austauschen?</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Ja kommt auf Regeln an nein weiss nicht keine Angabe</p> <p>► <i>Aufschlüsselung:</i> Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität, EPD-Grundtypen</p>	O
4-3.3: Bereitschaft, ein EPD zu eröffnen = EPD-Grundtypen	<p>Skizze einer neuen Frage: Verfügen Sie über ein elektronisches Patientendossier?</p> <p>ehea10: Würden Sie selber ein elektronisches Patientendossier eröffnen und verwenden?</p> <p>ehea10b: Wenn eine Gesundheitsfachperson Ihnen eine Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers empfiehlt, wären Sie dann bereit, ein solches zu eröffnen?</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Hat bereits ein EPD eröffnet Ist bereit, ein EPD zu eröffnen (gliedern in: eigenständig bereit bereit, wenn GFP empfiehlt) </p>	O, M O O

	Ist nicht bereit, ein EPD zu eröffnen keine Zuordnung möglich ► <i>Aufschlüsselung:</i> Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität (Teilindikator dient zur Erhebung der EPD-Grundtypen)	
4-3.4: Bevorzugter Ort der Eröffnung	eha10c: Wo würden Sie am liebsten ein elektronisches Patientendossier eröffnen? Beim Hausarzt, im Spital, in der Apotheke oder zu Hause im Internet? ► <i>Antwortkategorien:</i> Beim Hausarzt im Spital in der Apotheke elektronisches Formular im Internet anders / an einem anderen Ort weiss es (noch) nicht keine Angabe ► <i>Aufschlüsselung:</i> Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität	O
4-3.5: tatsächlicher Ort der Eröffnung	Skizze einer neuen Frage: Wo haben Sie Ihr elektronisches Patientendossier eröffnet? ► <i>Antwortkategorien:</i> Beim Hausarzt im Spital in der Apotheke elektronisches Formular im Internet anders / an einem anderen Ort weiss es (noch) nicht keine Angabe ► <i>Aufschlüsselung:</i> Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität	M
4-3.6: Zahlungsbereitschaft	eha10f: Wären Sie grundsätzlich bereit, für den Zugang zum elektronischen Patientendossier zu bezahlen? eha10g: Wie viel wären Sie grundsätzlich pro Jahr bereit für den Zugang zum elektronischen Patientendossier zu bezahlen? ► <i>Antwortkategorien:</i> Keine Zahlungsbereitschaft Zahlungsbereitschaft (+Mittelwert oder 3-4 Kategorien mit Betragsbandbreiten, z.B. 1-50; 51-100; 100-150; mehr als 150) weiss nicht keine Angabe ► <i>Aufschlüsselung:</i> Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität	O,M
4-3.7 Allgemeine Haltung zum EPD	zusatz7b: Was halten Sie vom elektronischen Patientendossier bis jetzt? Ist das eine sehr gute Sache, eine eher gute Sache, eine eher schlechte Sache oder eine sehr schlechte Sache? ► <i>Antwortkategorien:</i> Sehr gute Sache eher gute Sache eher schlechtere Sache sehr schlechte Sache weiss nicht keine Angabe ► <i>Aufschlüsselung:</i> Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität, EPD-Grundtypen	O,M
4-3.8: Haltungen zum EPD	stratepd4: Es gibt verschiedene Argumente, die im Zusammenhang mit dem elektronischen Patientendossier immer wieder genannt werden. Dazu möchten wir gerne Ihre Meinung wissen. Stimmen Sie den folgenden Aussagen voll zu, eher zu, eher nicht zu oder überhaupt nicht zu? 1. Durch den schnellen Zugriff auf das elektronische Patientendossier können Behandlungsfehler vermieden werden. 2. Mit dem elektronischen Patientendossier sind auch im Notfall alle wichtigen Informationen über mich verfügbar. 3. Mit dem elektronischen Patientendossier können unnötige Abklärungen und Behandlungen eingespart werden. 4. Mit dem elektronischen Patientendossier steigt die Qualität meiner medizinischen Behandlung. 5. Mit dem elektronischen Patientendossier weiss ich selbst über meine wichtigen Behandlungsinformationen jederzeit gut Bescheid. 6. Ich kann im elektronischen Patientendossier auch selbst Informationen ablegen, was für mich und für meine Behandlung nützlich sein kann. 7. Die elektronische Eingabe meiner Behandlungsdaten während der Konsultation beeinträchtigt den persönlichen Kontakt und somit eine gute Diagnose und Behandlung durch die Gesundheitsfachperson.	O, M

8. Die Gesundheitsfachpersonen können auch ohne elektronisches Patientendossier ganz einfach die nötigen Informationen austauschen.

9. Vertrauliche Informationen zu meiner Gesundheit können im elektronischen Patientendossier allzu leicht in falsche Hände geraten.

► *Antwortkategorien jeweils:* Stimme voll zu | stimme eher zu | stimme eher nicht zu | stimme überhaupt nicht zu | weiss nicht | keine Angabe

► *Aufschlüsselung:* Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität, EPD-Grundtypen

*Spalte gibt an, wer zu befragen ist: O: Personen ohne EPD, M: Personen mit EPD.

Indikator 4-12: Relative Bedeutung des EPD aus Sicht Patienten

Einschätzungen der Patienten, welcher Anteil ihrer behandlungsrelevanten Daten in ihrem EPD erfasst ist.

Wie viele Dokumente im System EPD erfasst sind, wird im Monitoring aus den Betriebsdaten ersichtlich. Damit ist jedoch keine Aussage darüber möglich, welcher Anteil der behandlungsrelevanten Daten in den EPD erfasst ist. Deshalb sollen die Personen mit einem EPD (und auch die Gesundheitsfachpersonen, vgl. Abschnitt 4) hierzu um eine Einschätzung gebeten werden.

Indikator 4-12: Teilindikatoren

Bezeichnung	Frage; Kategorien; Aufschlüsselung	Wer*
4-12.1: Geschätzter Anteil der relevanten Dokumente im EPD	<p>Skizze einer neuen Frage: Wie viele Dokumente, die für Ihre Behandlung wichtig sind, sind in Ihrem elektronischen Patientendossier gespeichert?</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Alle/die meisten wichtigen Dokumente die Mehrheit der wichtigen Dokumente etwa die Hälfte der wichtigen Dokumente eine Minderheit der wichtigen Dokumente nur wenige/keine wichtige Dokumente weiss nicht keine Angabe</p> <p>► <i>Aufschlüsselung:</i> Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität</p>	M
4-12.2: Geschätzter Anteil Behandelnder, die Dokumente im EPD ablegen	<p>Skizze einer neuen Frage: Wie viele Gesundheitsfachpersonen speichern nach Ihrer persönlichen Erfahrung Dokumente, die für die Behandlung wichtig sind, im elektronischen Patientendossier?</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Alle/die meisten die Mehrheit etwa die Hälfte eine Minderheit nur wenige/keine weiss nicht keine Angabe</p> <p>► <i>Aufschlüsselung:</i> Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität</p>	M

*Spalte gibt an, wer zu befragen ist: O: Personen ohne EPD, M: Personen mit EPD.

Indikator 4-16: Gründe der Nutzung durch die Patienten

Angaben zu Gründen und Motiven der Patienten, eigene Daten zu erfassen und auf das Dossier zuzugreifen oder auf diese Aktivitäten zu verzichten.

Aufgrund der Betriebsdaten kann erhoben werden, welcher Anteil der Personen mit einem EPD in diesem auch selbst Dokumente erfasst oder auf Dokumente zugreift. Im Rahmen von Teilindikator 4.3.8 (Haltungen zum EPD) können die Personen mit und ohne EPD auch dazu Stellung nehmen, ob sie dank dem EPD gut über ihre wichtigen Behandlungsinformationen Bescheid wissen (Item 5), und ob sie es nützlich finden, dass sie selbst Daten im EPD ablegen können (Item 6). Damit werden zwei wichtige Motive für die schreibende und lesende Nutzung des EPD auf einfache Art und Weise abgefragt.

Ergänzend kann bei den Personen mit einem EPD die Usability des EPD abgefragt werden. Auch sie kann als Faktor betrachtet werden, der die Nutzung beeinflusst. Beachte: Ein Teilindikator zur Usability bezieht sich auf die Möglichkeiten der Zugriffssteuerung (4-16.6). Dieser sollte im Fragebogen im Kontext von Indikator 5-12 zu den Möglichkeiten der Zugriffssteuerung abgefragt werden.

Indikator 4-16: Teilindikatoren

Bezeichnung	Frage; Kategorien; Aufschlüsselung	Wer*
4-16.1: Nutzen des Abrufens eingestellter Dokumente	<p><i>Vgl. Teilindikator 4-3.8, Behauptung 5:</i> Mit dem elektronischen Patientendossier weiss ich selbst über meine wichtigen Behandlungsinformationen jederzeit gut Bescheid.</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> Stimme voll zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme überhaupt nicht zu weiss nicht keine Angabe</p> <p>▶ <i>Aufschlüsselung:</i> Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität, EPD-Grundtypen</p>	O, M
4-16.2: Nutzen des Bereitstellens von Dokumenten	<p><i>Vgl. Teilindikator 4-3.8, Behauptung 6:</i> Ich kann im elektronischen Patientendossier auch selbst Informationen ablegen, was für mich und für meine Behandlung nützlich sein kann.</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> Stimme voll zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme überhaupt nicht zu weiss nicht keine Angabe</p> <p>▶ <i>Aufschlüsselung:</i> Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität, EPD-Grundtypen</p>	O, M
4-16.3: Usability Eröffnung	<p>Skizze einer neuen Frage: War das Eröffnen Ihres Patientendossiers für Sie praktisch oder unpraktisch?</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> Praktisch eher praktisch eher unpraktisch unpraktisch weiss nicht.</p> <p>▶ <i>Aufschlüsselung:</i> Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität</p>	M
4-16.4: Usability des Abrufens eingestellter Dokumente	<p>Skizze einer neuen Frage: Haben Sie auch schon selbst versucht, Informationen in Ihrem Patientendossier anzuschauen?</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> Ja nein</p> <p>Wenn ja: War das für Sie praktisch oder unpraktisch?</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> Praktisch eher praktisch eher unpraktisch unpraktisch weiss nicht.</p>	M

	► <i>Aufschlüsselung:</i> Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität	
4-16.5 Usability des Bereitstellens von Dokumenten	<p>Skizze einer neuen Frage: Haben Sie auch schon versucht, eigene Daten in ihrem Patientendossier zu speichern?</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Ja nein</p> <p>Wenn ja: War das für Sie praktisch oder unpraktisch?</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Praktisch eher praktisch eher unpraktisch unpraktisch weiss nicht.</p> <p>► <i>Aufschlüsselung:</i> Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität</p>	M
4-6.6 Usability der Zugriffssteuerung	<p>Skizze einer neuen Frage: Finden Sie die Zugriffssteuerung praktisch oder unpraktisch?</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Praktisch eher praktisch eher unpraktisch unpraktisch weiss nicht.</p>	

*Spalte gibt an, wer zu befragen ist: O: Personen ohne EPD, M: Personen mit EPD.

4.5 Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung

Indikator 5-12: Bekanntheit und Beurteilung der Steuerungsmöglichkeiten bei den Patienten

Angaben zur Bekanntheit der Steuerungsmöglichkeiten sowie Beurteilung dieser Möglichkeiten; tragen sie zur Bereitschaft bei, ein EPD zu eröffnen?

Personen mit einem EPD können steuern, wer Zugriff auf welche Dokumente erhalten soll und wer nicht. Um diese Einstellungen im EPD vornehmen zu können, muss einem Patienten oder einer Patientin diese Möglichkeit bekannt sein. Dass eine Person die vorab eingestellten Zugriffsregelungen im EPD nicht verändert, kann nebst Ausdruck von Unwissen auch ein Ausdruck von Zufriedenheit oder Gleichgültigkeit sein, weshalb die Beurteilung der Zugriffssteuerung durch die Patientinnen und Patienten erfragt werden soll.

Die Steuerungsmöglichkeiten können potenziell die Bereitschaft beeinflussen, ein EPD zu eröffnen. Um dies untersuchen zu können, muss auch bei Personen, die (noch) kein EPD eröffnet haben, die Bekanntheit der Steuerungsmöglichkeiten und die Haltung dazu erfragt werden.

Die als Teilindikator 5-12.1 skizzierte Teilindikator listet die Steuerungsmöglichkeiten erst einzeln auf, noch ohne sie zu erklären. Für eine Umfrage sind wohl entweder zusätzliche Erklärungen nötig, oder aber eine starke Vereinfachung oder Beschränkung auf einige wesentliche Steuerungselemente. Es besteht auch ein gewisses Risiko, dass die Befragten ihre Kenntnisse im Rahmen der Befragung in ein gutes Licht rücken und allfällige Unkenntnisse nicht offen deklarieren (soziale Erwünschtheit). Ergänzend kann erfragt werden, ob sich die Personen qualifiziert fühlen, über den Zugriff auf ihre Daten durch Gesundheitsfachpersonen zu entscheiden.

Beachte: Die Usability der Zugriffssteuerung wird unter Indikator 4-6 (Gründe der Nutzung durch Patienten) erhoben.

Indikator 5-12: Teilindikatoren

Bezeichnung	Frage; Kategorien; Aufschlüsselung	Wer*
5-12.1: Bekanntheit der Zugriffssteuerung	<p>Skizze einer neuen Frage: Kennen Sie die nachfolgend aufgeführten Zugriffssteuerungsmöglichkeiten?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Befristung der Zugriffsrechte 2. Einstellung der Zugriffsrechte in Notfallsituationen 3. Veränderung der Vertraulichkeitsstufe neuer Daten 4. Ausschluss einzelner GFP 5. Information bei Eintritt neuer GFP in die (Stamm-)Gemeinschaft 6. Einstellung zu automatischem Zugriffsrecht beim Neueintritt einer GFP in die (Stamm-)Gemeinschaft 7. Benennung einer stellvertretenden Person 8. Ermächtigung von GFP, anderen GFP Zugriffsrechte zu erteilen 9. Widerruf der Einwilligung zur Führung eines EPD 10. Einstellungen zu Vertraulichkeitsstufen der Daten <p>► Antwortkategorien: Ja nein weiss nicht keine Angabe.</p> <p>► Aufschlüsselung: Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität, EPD-Grundtypen</p>	O, M
5-12.2: Beurteilung der Zugriffssteuerung	<p>Skizze einer neuen Frage: Finden Sie die Möglichkeiten der Zugriffssteuerung heute ausreichend?</p> <p>► Antwortkategorien: Sehr umfassend genügend knapp genügend eindeutig ungenügend weiss nicht keine Angabe.</p> <p>► Aufschlüsselung: Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität, EPD-Grundtypen</p>	O, M
5-12.3: Selbsteinschätzung Qualifikation	<p>Eneu1b: Fühlen Sie sich aktuell sehr gut qualifiziert, eher gut qualifiziert, eher schlecht qualifiziert oder sehr schlecht qualifiziert, um über den Zugriff durch Gesundheitsfachpersonen auf ihre Daten zu entscheiden?</p> <p>► Antwortkategorien: Sehr gut qualifiziert eher gut qualifiziert eher schlecht qualifiziert sehr schlecht qualifiziert weiss nicht keine Angabe.</p> <p>► Aufschlüsselung: Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität, EPD-Grundtypen</p>	O, M

*Spalte gibt an, wer zu befragen ist: O: Personen ohne EPD, M: Personen mit EPD.

Indikator 5-16: Beurteilung Datenschutz und Datensicherheit durch Patienten

Einschätzungen von Patientinnen zur Angemessenheit des Datenschutzes und der Datensicherheit. Sind die Massnahmen bekannt? Werden sie als ungenügend, genügend, übertrieben empfunden?

Im Rahmen von Teilindikator 4.3.8 (Haltungen zum EPD) können die Personen mit und ohne EPD auch auf allgemeiner Ebene den Grad ihres Vertrauens in den Schutz ihrer Daten im EPD kundtun (Item 9). Weitere Teilindikatoren bilden die Datenschutz- und Datensicherheitsthematik noch differenzierter ab.

Da die Einschätzung des Datenschutzes ein potenzieller Erklärungsfaktor für die Eröffnung eines EPD ist, empfiehlt es sich, die Teilindikatoren sowohl bei Personen mit als auch ohne EPD zu erheben.

Indikator 5-16: Teilindikatoren

Bezeichnung	Frage; Kategorien; Aufschlüsselung	Wer*
5-16.1: Vertrauen in Datenschutz	<p>Vgl. <i>Teilindikator 4-3.8, Behauptung 9</i>: Vertrauliche Informationen zu meiner Gesundheit können im elektronischen Patientendossier allzu leicht in falsche Hände geraten.</p> <p>► <i>Antwortkategorien</i>: Stimme voll zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme überhaupt nicht zu weiss nicht keine Angabe</p> <p>► <i>Aufschlüsselung</i>: Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität, EPD-Grundtypen</p>	O,M
5-16.2: Bereitschaft, Einsicht zu gewähren	<p>neue2x: Sie können selbst über Ihre Daten verfügen. Wären Sie persönlich bereit, Gesundheitsfachpersonen in den folgenden Bereichen Einsicht in ihre Daten zu gewähren:</p> <p>Einsicht in Ihre Diagnose durch den Hausarzt</p> <p>Einsicht in Ihre Diagnose durch weitere behandelnde Ärzte</p> <p>Einsicht in Ihre Diagnose durch andere Gesundheitsfachpersonen (zB. Pflegefachpersonen, Spitex, Apotheken)</p> <p>Einsicht in Ihre Liste der Medikamente durch den Apotheker</p> <p>Einsicht in Ihre Liste der Medikamente durch den Hausarzt</p> <p>Einsicht in Ihre Medikationsdaten Liste der Medikamente durch weitere behandelnde Ärzte</p> <p>Einsicht in Ihre Medikationsdaten Liste der Medikamente durch andere Gesundheitsfachpersonen</p> <p>Einsicht in alle Ihre Daten in anonymisierter Form für Forschungszwecke</p> <p>Einsicht in den elektronischen Impfausweis durch Gesundheitsfachpersonen</p> <p>► <i>Antwortkategorien</i>: Sehr einverstanden eher einverstanden eher nicht einverstanden gar nicht einverstanden weiss nicht keine Angabe</p> <p>► <i>Aufschlüsselung</i>: Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität, EPD-Grundtypen</p>	O,M
5-16.3: Vertrauen in GFP	<p>neue2b: Wie gross ist Ihr Vertrauen, dass die Stellen, welche mit Patientendaten arbeiten, den Datenschutz rund um das elektronische Patientendossier auch einhalten?</p> <p>► <i>Antwortkategorien</i>: Vertraue ihnen voll und ganz vertraue ihnen eher vertraue ihnen eher nicht vertraue ihnen überhaupt nicht weiss nicht keine Angabe</p> <p>► <i>Aufschlüsselung</i>: Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität, EPD-Grundtypen</p>	O,M
5-16.4: Datenschutzvorfall	<p>Skizze einer neuen Frage: Haben Sie es in den vergangenen zwölf Monaten erlebt, dass Daten aus Ihrem elektronischen Patientendossier in falsche Hände geraten sind?</p> <p>► <i>Antwortkategorien</i>: Nein Ja weiss nicht keine Angabe</p> <p>► <i>Aufschlüsselung</i>: Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität</p>	M
5-16.5: Beurteilung	<p>Skizze einer neuen Frage: Finden Sie die Bemühungen für den Datenschutz</p>	O,M

lung des Daten- schutzniveaus	und die Datensicherheit im elektronischen Patientendossier heute über- trieben, gerade richtig oder mangelhaft? ▶ <i>Antwortkategorien:</i> Übertrieben gerade richtig mangelhaft weiss nicht keine Angabe ▶ <i>Aufschlüsselung:</i> Soziodemographie, Gesundheit, eHealth-Affinität; EPD- Grundtypen
----------------------------------	--

*Spalte gibt an, wer zu befragen ist: O: Personen ohne EPD, M: Personen mit EPD.

4.6 Interoperabilität – keine Indikatoren

Es sind keine Indikatoren zur Interoperabilität vorgesehen, die mit den Befragungen der Bevölkerung oder der EPD-Nutzerbefragung zu erheben sind.

5 Befragung der Gesundheitsfachpersonen

Nachfolgend werden die Indikatoren beschrieben, die sich auf Daten aus Befragungen von Gesundheitsfachpersonen stützen. Dabei handelt es sich erstens um den *eHealth Barometer Gesundheitsfachpersonen* (der sich auch an Informatikverantwortliche von Gesundheitsdienstleistern richtet) sowie zweitens um die noch zu planende zusätzliche Befragung von Gesundheitsfachpersonen, deren Gesundheitseinrichtung einer (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen ist (*EPD-Nutzerbefragung von GFP*). Dabei wird zunächst auf die beiden Datenquellen eingegangen. Danach werden die einzelnen Indikatoren dargestellt. Der Beschreibung der Indikatoren werden Hinweise zur Darstellung vorangestellt.

5.1 Datenquellen

Nachfolgend wird zunächst der eHealth Barometer Gesundheitsfachpersonen kurz beschrieben, danach wird skizziert, wie die zusätzliche EPD-Nutzerbefragung von GFP konzipiert werden soll und welche Abklärungen hierfür notwendig sind.

5.1.1 eHealth Barometer Gesundheitsfachpersonen

Befragt werden im Rahmen des eHealth Barometer Gesundheitsfachpersonen seit 2009 jährlich jeweils im Januar Akteure des Gesundheitswesens mittels eines online ausfüllbaren Fragebogens (Ärztinnen und Ärzte auch brieflich). Während bis 2012 nur die Ärzteschaft, die IT-Verantwortlichen der Spitäler und der Kantone befragt wurden, sind es heute zusätzlich Personen, die in Apotheken, Alters- und Pflegeheimen, in der NPO-Spitex und als IT-Verantwortliche von Curaviva⁸ tätig sind. Für den Barometer 2018 wurden rund 1'600 Gesundheitsfachpersonen befragt (Tabelle 5-1). Die Fallzahl bei den Ärztinnen und Ärzten ist genug gross, um diese nach ihrer Haupttätigkeit im ambulanten Sektor (vereinfachend „Praxisärzte“, resp. im Spital („Spitalärzte“) zu gliedern.

Diese Befragung wird von einem breiten Konsortium an Trägern finanziert, das die verschiedenen befragten Zielgruppen repräsentiert. Wie der eHealth Barometer Bevölkerung wurde diese Umfrage im Jahr 2018 etwas stärker auf das Monitoring des EPDG ausgerichtet.

5.1.2 EPD-Nutzerbefragung von GFP (geplant)

Es ist aufgrund von zwei Eigenschaften des eHealth Barometers GFP eine gezielte Befragung von Gesundheitsfachpersonen vorgesehen, die einer (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sind und somit das System EPD und die Arbeit mit EPD aus eigener Erfahrung kennen:

⁸ Verband der Heime und Institutionen in der Schweiz: <https://www.curaviva.ch/>; 11.4.2018.

- *Anzahl Befragte mit Zugang zum System EPD:* Es kann erstens nicht ausgeschlossen werden, dass zumindest in jenen Branchen, in denen der Anschluss an eine (Stamm-)Gemeinschaft freiwillig ist (Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor, Apotheken, Spitex) in der Startphase des Systems EPD erst wenige Personen/Organisationen einer (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sind. In diesem Fall ist die Zufallsstichprobe im eHealth Barometer zu klein, um zuverlässige Aussagen für die Gruppe der teilnehmenden GFP zu machen.
- *Umfang des Fragebogens:* Der eHealth Barometer Gesundheitsfachpersonen umfasst zumindest bei einzelnen Zielgruppen einen zu langen Fragebogen, um diesen noch stark zu erweitern (insb. Ärztinnen und Ärzte). Eine Ergänzung von Fragen zu den Erfahrungen mit dem System EPD wäre nur durch eine Kompensation anderer Fragenbereiche möglich. In diese Anpassungen müssten jedoch alle Träger des Barometers einwilligen. Zudem enthält der Fragebogen des eHealth Barometer zu einem bedeutenden Teil viele Fragen zu eHealth, die auf einer OECD-Fragenbatterie beruhen. Diese Fragen preiszugeben bedeutet potenziell einen Verzicht auf international vergleichbare Daten zu eHealth.

Nachfolgend wird das Untersuchungsdesign dieser freiwilligen Befragung grob umrissen. Der letzte Unterabschnitt skizziert Abklärungen zur Vorbereitung der Umfrage, die in einem Befragungskonzept aufgearbeitet werden können.

Festlegung einer Stichprobe je Zielgruppe

In dieser Befragung interessieren Vertreterinnen und Vertreter der gleichen Leistungserbringer im Gesundheitswesen wie im eHealth Barometer: Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor und im Spitalsektor, IT-Verantwortliche im Spitalsektor, Apothekerinnen und Apotheker, Verantwortliche von Alters- und Pflegeheimen, Spitex-Organisationen. Wie viele Personen zu befragen sind, hängt davon ab, inwieweit die einzelnen Gruppen noch aufgeschlüsselt werden sollen, z.B. nach der Sprachregion oder dem genaueren beruflichen Hintergrund (z.B. Hausärztinnen und Hausärzte vs. Spezialärztinnen und Spezialärzte im ambulanten Sektor). Eine natürliche Grenze stellt in den Anfangsjahren die tatsächliche Anzahl Personen in der jeweiligen Zielgruppe dar, die über Erfahrungen mit dem System EPD verfügen.

Die in Tabelle 5-1 empfohlenen Stichprobengrößen orientieren sich an der Stichprobe des eHealth Barometers sowie am Umfang der Grundgesamtheit. Sie sind bei der Planung der Befragung zu prüfen und definitiv festzulegen. Bezüglich der zu erwartenden Teilnahmequote (Ausschöpfung) kann auf die Erfahrungen des eHealth Barometers zurückgegriffen werden (vgl. etwa gfs.bern 2018b: 18).

Tabelle 5-1: Empfohlene Stichprobe der EPD-Nutzerbefragung von GFP

Zielgruppe	Stichprobe eHealth Barometer 2017*	Grundgesamtheit der Zielgruppe (Datenquelle, Jahr der Erhebung)	Empfohlene Stichprobe
Ärztinnen und Ärzte <i>Total</i>	530	36'000 (FMH, 2016)	600
Ärztinnen und Ärzte <i>Spital</i>	Ca. 160	17'000 (FMH, 2016)	200
Ärztinnen und Ärzte <i>Praxis</i>	Ca. 350	18'500 (FMH, 2016)	400
<i>davon Generalisten**</i>	<i>unbekannt</i>	8'000	200
<i>davon Spezialisten</i>	<i>unbekannt</i>	10'500	200
IT-Verantwortliche <i>Spital</i>	74	300 (BFS: Krankenhausstatistik 2015)	100
Apothekerinnen und Apotheker	366	1'800 (Betriebe; Apothekerverband, 2015)	500
Alters- und Pflegeheim- e	476	1'600 (BFS: SOMED, 2015)	500
Spitex-Organisationen	149 (NPO)	1'800 (BFS: SPITEX, 2015)	500

* Angaben aus dem Ergebnisbericht des Umfrageinstituts (gfs.bern 2018b: 16).

** Allgemeine innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin; Praktischer Arzt

Rekrutierung und Kontaktierung von Teilnehmenden – Variante I:

Daten aus den zentralen Abfragediensten

In einem der zentralen Abfragedienste sind sämtliche Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen registriert, die einer (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sind, mit Bezeichnung, Adresse und Personalien (Art. 14 EPDG, Art. 39 und 41 EPDV). Es ist somit grundsätzlich möglich, anhand dieser Angaben eine Stichprobe aus den verschiedenen Gruppen von Gesundheitseinrichtungen/Gesundheitsfachpersonen zu ziehen. Diesen können postalisch (je nach vorhandenen Angaben auch per E-Mail) die Zugangsdaten zu einem online ausfüllbaren Fragebogen zugestellt werden. Die Stichprobe müsste nach dem Typ der zu befragenden Gesundheitseinrichtung geschichtet werden.

Herausforderung – Verfügbarkeit der Adressdaten: Es ist zu klären, ob die Adressdaten aus dem Abfragedienst für die Umfrage verwendet werden dürfen und inwiefern eine explizite Einwilligung der zu befragenden Personen notwendig ist. Es könnten sich datenschutzrechtliche Fragen stellen.

Zu klären ist auch, ob eine Kontaktierung auf Ebene der Gesundheitseinrichtung vorteilhafter wäre als die Kontaktierung der GFP. Diese könnte dann als Schnittstelle zu den effektiv zu befragenden Personen fungieren. Dies wäre möglicherweise einfacher. Es besteht aber das Risiko, dass die die Gesundheitseinrichtungen die zu befragenden Personen unterschiedlich auswählen

Rekrutierung und Kontaktierung von Teilnehmenden – Variante II:

Einwilligung bei Anschluss an die (Stamm-)Gemeinschaft

Aufgrund der aufgeführten Herausforderungen bei der Rekrutierung und Kontaktierung empfiehlt es sich unter Umständen ein Vorgehen analog der Rekrutierung bei der EPD-Nutzerbefragung von Patientinnen und Patienten (vgl. Abschnitt 4.1.2). Somit würden die Gesundheitsfachpersonen oder die Einrichtungen, die sich an eine (Stamm-)Gemeinschaft anschliessen, im Zuge ihres Anmeldeverfahrens bei den Gemeinschaften und Stammgemeinschaften gefragt, ob sie zur Teilnahme an der Befragung bereit seien. Die Kontaktdaten der einwilligenden Personen/Einrichtungen würden somit gespeichert und könnten später als Basis für die Stichprobenziehung dienen. Für die Kontaktierung empfiehlt es sich, pro Gesundheitseinrichtung eine Kontaktadresse zu erheben, die bei der Befragung als Schnittstelle zu den zu Befragenden Personen (z.B. Mitarbeitende Ärztinnen und Ärzte oder IT-Verantwortliche in einem Spital) dienen kann. Zu klären ist, ob dies rechtlich möglich ist. Eine Einwilligung auf Ebene der einzelnen Gesundheitsfachpersonen beurteilen wir aufgrund der Personalfuktuation als eher nachteilig.⁹ Das Risiko ungleicher Auswahlverfahren besteht aber auch in dieser Variante, wenn man den Weg über eine Kontaktstelle Gesundheitseinrichtungen wählt.

Allgemeine Herausforderung: Stichproben bei kleinen Grundgesamtheiten

Herausforderung – Überschneidung der Stichprobe mit dem eHealth Barometer: Je kleiner die Grundgesamt einer Zielgruppe ist, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Stichproben des eHealth Barometers und der EPD-Nutzerbefragung von GFP überschneiden. Diese Wahrscheinlichkeit steigt mit der Verbreitung der EPD. Bei Personen, die im gleichen Jahr zu beiden Befragungen eingeladen werden, ist bei der später erfolgenden Einladung mit einer niedrigeren Beteiligungsbereitschaft und einer erhöhten Quote abgebrochener Befragungen zu rechnen, weil das Thema der Befragung ähnlich ist und z.T. die gleichen Fragen gestellt werden.

Herausforderung – Überschneidung der Stichproben verschiedener Jahrgänge: Je kleiner die Grundgesamt einer Zielgruppe ist, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Stichproben der Befragung verschiedener Jahrgänge überschneiden. Dies stellt bei der Interpretation der Daten ein gewisses Risiko dar, da gewisse Antwortverzerrungen bei mehrfach befragten Personen denkbar sind (Konditionierungs-Effekt). Potenziell birgt umgekehrt eine wiederholte Befragung derselben Personen die Chance, Veränderungen z.B. mit zunehmender Erfahrung in der Arbeit mit EPD festzustellen.

⁹ Falls das BFS künftig in seinen Statistiken der Leistungserbringer erhebt, ob diese einer Gemeinschaft angeschlossen sind, könnte die Stichprobe basierend auf dieser Erhebung gezogen werden. Es wäre abzuklären, ob dies zulässig ist. Nachteil: z.B. An MAS beteiligen sich bis jetzt bei weitem nicht alle Arztpraxen.

Auswertung

Die Antwortdaten sind gleichzeitig mit dem eHealth-Barometer auszuwerten. Dies bedeutet nicht zwingend, dass auch die Befragung gleichzeitig stattfinden muss. Dies ermöglicht es auch, die Einschätzungen der teilnehmenden und der noch nicht teilnehmenden Personen direkt zu vergleichen.

Zu treffende Abklärungen

Als nächster Vorbereitungsschritt ist ein **Befragungskonzept** zu erarbeiten. Nachfolgend werden Hinweise dazu gegeben, welche Vorabklärungen dabei im Hinblick auf die EPD-Nutzerbefragung von GFP zu treffen sind. *Da die Stammgemeinschaften bei der Realisierung der Befragung möglicherweise eine zentrale Rolle als Zugangsportale spielen werden, ist eine enge Absprache mit ihnen notwendig.*

- *Betreffend Rekrutierung und Kontaktierung:* Die Machbarkeit der beiden Varianten „Abfragedienst“ und „Einwilligung bei Anschluss“ ist zu prüfen.
- *Betreffend zu befragender Zielgruppen:* Es ist anhand der Länge des Fragebogens pro Zielgruppe zu prüfen, bei welchen Zielgruppen aus der Ergänzung des Fragebogens des eHealth Barometers mit den spezifischen Fragen für Personen, die am System EPD bereits teilnehmen ein zu langer Fragebogen resultiert, und für welche dieser zumutbar ist.
 - *Bei Zielgruppen mit zumutbarem Fragebogen* muss nur ein Fragebogen realisiert werden. Es ist jedoch bei der Stichprobenbildung sicherzustellen, dass ergänzend zum eHealth Barometer genügend Personen aus Gesundheitseinrichtungen befragt werden, die am System EPD teilnehmen. Aufgrund des EPD-Obligatoriums für Spitäler (Frist von 3 Jahren) und Heime (Frist von 5 Jahren) ist es realistisch, dass hier schon bald auf eine gezielte Nutzerbefragung verzichtet werden kann.
 - *Bei Zielgruppen mit zu langem Fragebogen* ist eine separate Befragung vorzusehen
- *Betreffend Grösse der Stichproben:* Es ist aufgrund des vorliegenden Umsetzungskonzepts festzulegen, welche Aufschlüsselungen der einzelnen Zielgruppen bei der Befragung vorzunehmen sind. Darauf basierend können die notwendigen Stichprobengrößen festgelegt werden.
- *Betreffend Überschneidung der Stichprobe mit dem eHealth Barometer:* Es sind verschiedene Varianten denkbar, um dem Problem zu begegnen: Wenn es datenschutzrechtlich möglich ist, können die Stichproben zwischen den beiden Umfragen eines Jahrgangs vorgängig aufeinander abgestimmt werden. Eine Alternative ist, in der jeweils früheren der beiden Umfragen, darauf hinzuweisen, dass eine weitere Umfrage vorgesehen ist. Die Befragten können dann mitteilen, falls sie von dieser Umfrage nicht behelligt werden möchten.

- *Betreffend Überschneidung der Stichproben verschiedener Jahrgänge:* Sollen Überschneidungen soweit möglich vermieden werden, kann bei der Ziehung der Stichprobe in der Grundgesamtheit vermerkt werden, welche Personen befragt wurden. Diese können dann für die Befragung solange gesperrt werden, bis alle anderen Personen der Grundgesamtheit befragt wurden. In einer anderen Variante wird darauf abgezielt, einen gewissen Teil der Befragten wiederholt zu befragen. Diese Personen sind jeweils zu fragen, ob sie wieder kontaktiert werden dürfen.
- *Kostenschätzung:* Bei der Erarbeitung des Befragungskonzepts sind die Kosten der EPD-Nutzerbefragung von GFP abzuschätzen. Eine frühe Kenntnis der zu erwartenden Kosten ist wichtig, damit im Falle einer WTO-Ausschreibung genügend Zeit für deren Vorbereitung bleibt. Aufgrund des EPD-Obligatoriums im stationären Sektor (Spitäler, Heime) ist es realistisch, dass hier schon bald auf eine gezielte Nutzerbefragung verzichtet werden kann. Dies ist bei der Kostenschätzung zu berücksichtigen

5.2 Hinweise zur Beschreibung der Indikatoren

Die Darstellung der Indikatoren erfolgt analog zu den Befragungen der Bevölkerung und der EPD-Nutzerbefragung von Patientinnen und Patienten (vgl. ausführlich Abschnitt 4.2): Jeder Indikator wird anhand der Angaben im Monitoring-Konzept mit Name und Kurzbeschreibung abgebildet. Hierauf werden Teilindikatoren kurz eingeleitet und danach tabellarisch abgebildet. Auch bei den Befragungen der Gesundheitsfachpersonen wurden viele Indikatoren bereits im eHealth Barometer 2018 verwendet. Die Entwicklung neuer Fragen für noch nicht im Barometer abgebildete Teilindikatoren ist hier noch nicht so weit gediehen. Aus diesem Grund wird für solche Teilindikatoren nur eine Bezeichnung gemacht und in der betreffenden Tabelle vermerkt: **“Neue Frage nötig“**.

Tabelle 5-2 zeigt, wie die Teilindikatoren dargestellt werden. Zusätzlich zu den Angaben, die bereits bei Bevölkerungsbefragungen vorgesehen sind, wird in den Tabellen auch abgebildet, welche Zielgruppen (Arten von Gesundheitsfachpersonen/-einrichtungen) zu befragt sind. Ebenfalls wird in den Tabellen dargestellt, ob der betreffende Teilindikator nur bei Befragten mit oder ohne Anschluss an eine (Stamm-)Gemeinschaft erhoben werden soll.

In Abschnitt 5.3 werden die Aufschlüsselungen pro Zielgruppe dargestellt.

Zu beachten ist ferner, dass der 2018 verwendete Fragebogen des eHealth Barometers Gesundheitsfachpersonen auch Fragen zum elektronischen Patientendossier enthält, die nicht einem Indikator im Monitoring zugeordnet werden können. Diese Fragen werden der Vollständigkeit halber in Anhang 2 dieses Dokuments aufgeführt.

Tabelle 5-2: Darstellung der Teilindikatoren bei der Befragung von GFP

Indikator X-X: Teilindikatoren

Bezeichnung	Frage; Kategorien; Zielgruppe; Aufschlüsselung	Wer*
X-X.X [Bezeichnung des bestehenden Teilindikators]	<p>[Variablenname gemäss eHealth Barometer 2018]: [Formulierung der Frage gemäss eHealthBarometer 2018]</p> <p>▶ Antwortkategorien: [Vorgesehene Antwortkategorien gemäss eHealth Barometer]</p> <p>▶ Zielgruppen: [Vorgesehene Auswahl aus: Ärztinnen und Ärzte an Spitälern Ärztinnen und Ärzte in ambulanter Praxis, allenfalls gegliedert nach Generalisten und Spezialisten IT-Verantwortliche Spital Apothekerinnen und Apotheker Alters- und Pflegeheime Kantonalverbände CuraViva Spitex-Organisationen]</p> <p>▶ Aufschlüsselung: [Vorgesehene Auswahl aus ..., vgl. Abschnitt 5.3]</p>	[N, A]
X-X.Y: [Bezeichnung des neuen Teilindikators]	[Neue Frage nötig]:	[N, A]

*Spalte gibt an, wer zu befragen ist. N: Personen in Gesundheitseinrichtungen, die keiner (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sind; A: Personen in Gesundheitseinrichtungen, die einer (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sind.

5.3 Aufschlüsselung der Gesundheitsfachpersonen

Bei den Befragungsdaten werden zusätzlich zu den einzelnen Indikatoren verschiedene soziodemographische, gesundheitsbezogene und auf eHealth bezogene Angaben erhoben. Diese Angaben können dazu genutzt werden, im Monitoring Gruppenunterschiede herauszuarbeiten. Zu beachten ist im Vergleich zu den Befragungen der Bevölkerung und der Patientinnen und Patienten mit einem EPD, dass die *Gesundheitsfachpersonen ohnehin nach den verschiedenen Zielgruppen der Befragung* (Art des Leistungserbringers) aufgeschlüsselt werden. Je nach Fallzahl erweisen sich weitere Aufschlüsselungen als nicht aussagekräftig. Ausserdem führen sie zu einer erhöhten Komplexität des Monitorings.

Tabelle 5-3 führt die potenziell möglichen Aufschlüsselungen gemäss eHealth Barometer 2018 auf.

Tabelle 5-3: Aufschlüsselung der befragten Personen nach Merkmalen*

Beschreibung	Frage**	Ausprägungen	Möglich für Zielgruppen
Soziodemographie			
Geschlecht	S11	Mann Frau	Alle
Alter	S12	z.B. 18 bis 39 40 bis 64 65+ (beliebige andere Aufschlüsselung möglich)	Alle
Funktion in Gesundheitseinrichtung	diverse	Je nach Zielgruppe unterschiedliche Variablen und Ausprägungen	Alle, uneinheitlich
Eigenschaften der Gesundheitseinrichtung			
Grösse	diverse	Je nach Zielgruppe unterschiedliche Variablen zur Anzahl beschäftigter Personen, Betten, Klienten, Pflegeplätze	Alle, uneinheitlich
Sprachregion	Frabosprache	Deutsche Schweiz französische Schweiz italienische Schweiz	Alle
Sitzkanton der Gesundheitseinrichtung	Kantonx	Alle Kantone; allenfalls Bildung von grossen Landesregionen	Alle
Stadt-Land	ehea35	Auf dem Land/in den Bergen in der Agglomeration in der Stadt keine Angabe	Alle
eHealth-Affinität			
Interesse an eHealth	ehea1neu	Sehr stark eher stark eher nicht überhaupt nicht	Alle
Zugeschriebenes Potenzial von eHealth	eha5	Sehr gross eher gross mittel eher gering sehr gering keines	Alle
Interne und externe Vernetzung	oecd7; oecd8	Bildung des internen und externen Vernetzungsindex. Wird im eHealth Barometer bereits gemacht	Alle
Elektronisches Primärsystem vorhanden	oecd1	Existenz eines elektronischen Primärsystems: Ja teilweise nein	Alle
	diverse	Differenziertere Abbildung der elektronisch verfügbaren Daten und Funktionen	Alle, uneinheitlich
EPD-Grundtypen			
Anschluss an eine (Stamm-)Gemeinschaft	ehAnsGem1,ehAnsGem2	Bildung von Typen (entspricht Teilindikator 4-5.1): Hat sich einer Gemeinschaft angeschlossen ist bereit, sich anzuschliessen ist unentschlossen ist nicht bereit, sich anzuschliessen. <i>Hinweise:</i> Angestellte GFP können diese Frage so nicht beantworten Mit fortschreitender Dauer des Monitorings kann eine Differenzierung der Personen nach der Dauer seit dem Anschluss an eine (Stamm-)Gemeinschaft geprüft werden.	Alle

* Zusätzlich zur Aufschlüsselung nach befragter Zielgruppe

** Name der Frage gemäss Fragebogen eHealth Barometer Bevölkerung 2018

5.4 Aufbau, Verbreitung und Nutzung des EPD

Indikator 4-5: Bereitschaft der Gesundheitsfachpersonen

Grundsätzliche Bereitschaft und tatsächlicher Anschluss an eine (Stamm-)Gemeinschaft.
Gründe aus Sicht der GFP, die für oder gegen einen Anschluss an eine (Stamm-)Gemeinschaft sprechen.
Bereitschaft der GFP, den Patienten den Zugang zum EPD zu ermöglichen.

Bei den GFP interessieren analog zu den Patientinnen und Patienten der Grad der Bereitschaft, sich am System EPD zu beteiligen, sowie die persönlichen Gründe, die dafür und dagegen sprechen. Der Teilindikator zu den persönlichen Haltungen zu Vor- und Nachteilen des EPD (vgl. Teilindikator 4-5.1) ist gleich formuliert wie bei der Befragung der Personen mit und ohne EPD, damit ein direkter Vergleich möglich ist.

Indikator 4-5: Teilindikatoren

Bezeichnung	Frage; Kategorien; Aufschlüsselung	Wer*
4-5.1: Sich einer (Stamm-)Gemeinschaft anschliessen (= EPD-Grundtypen)	<p>ehAnsGem1: Haben Sie sich an eine Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft angeschlossen?</p> <p>ehAnsGem2: Wären Sie bereit, sich einer Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft anzuschliessen, um Ihren Patienten ein elektronisches Patientendossier anbieten zu können?</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> Hat sich einer Gemeinschaft angeschlossen ist bereit, sich anzuschliessen ist unentschlossen ist nicht bereit, sich anzuschliessen.</p> <p>▶ <i>Zielgruppen:</i> Alle</p> <p>▶ <i>Aufschlüsselung:</i> XXX</p>	N, A
4-5.2: Gründe für den Anschluss	<p>patdos2: Weshalb wollen Sie Ihren Patienten / Klienten in Zukunft ein elektronisches Patientendossier anbieten?</p> <p><i>Hinweis:</i> Angeschlossene GFP können nach ihren tatsächlichen Motiven befragt werden</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> Offene Frage</p> <p>▶ <i>Zielgruppen:</i> Ärzte, Spitex, Apotheker (bei Spitälern sowie Alters- und Pflegeheimen ist der Anschluss obligatorisch).</p> <p>▶ <i>Aufschlüsselung:</i> XXX</p>	N,A
4-5.3: Gründe gegen den Anschluss	<p>patdos3: Weshalb wollen Sie Ihren Patienten / Klienten in Zukunft kein elektronisches Patientendossier anbieten?</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> Offene Frage</p> <p>▶ <i>Zielgruppen:</i> Ärzte, Spitex, Apotheker (bei Spitälern sowie Alters- und Pflegeheimen ist der Anschluss obligatorisch).</p> <p>▶ <i>Aufschlüsselung:</i> XXX</p>	N
4-5.4: EPD empfehlen	<p>ehAnsGem3: Werden Sie ihren Patienten / Klienten /den Bewohner ihres Heims die Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers...?</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> sehr empfehlen eher empfehlen eher davon abraten sehr davon abraten weiss nicht keine Angabe</p> <p>▶ <i>Zielgruppen:</i> Alle ausser IT-Verantwortliche Spitäler.</p> <p>▶ <i>Aufschlüsselung:</i> XXX</p>	N,A
4-5.5: Zahlungsbereitschaft	<p>eha15ag: Wie viel wären Sie respektive Ihre Organisation grundsätzlich bereit zu bezahlen, um sich einer solchen Gemeinschaft von Gesundheits-</p>	N

	<p>fachpersonen anzuschliessen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Antwortkategorien:</i> Offenes Zahlenfeld ▶ <i>Zielgruppen:</i> Praxisärzte Apotheker Spitex Alters- und Pflegeheime IT-Verantwortliche Spital wurden bisher nicht gefragt ▶ <i>Aufschlüsselung:</i> XXX 	
4-5.6: Grundsätzliche Haltung zum EPD	<p>e12hea7: Unterstützen Sie grundsätzlich die Einführung des elektronischen Patientendossiers wie durch das Bundesgesetz vorgesehen? Sind sie...?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Antwortkategorien:</i> ... bestimmt dafür eher dafür weder noch – je nachdem, wie es genau geregelt ist eher dagegen bestimmt dagegen weiss nicht keine Angabe ▶ <i>Zielgruppen:</i> Alle ▶ <i>Aufschlüsselung:</i> XXX 	N,A
4-5.7: Allgemeine Haltung zum jetzt bestehenden EPD	<p>zusatz7: Was halten Sie vom elektronischen Patientendossier bis jetzt? Ist das eine...?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Antwortkategorien:</i> ... sehr gute Sache eine eher gute Sache eine eher schlechte Sache eine sehr schlechte Sache weiss nicht keine Angabe ▶ <i>Zielgruppen:</i> Alle ▶ <i>Aufschlüsselung:</i> XXX 	N,A
4-5.8: Haltungen zum EPD	<p>ehEPDVorNa1: Es gibt verschiedene Argumente, die im Zusammenhang mit dem elektronischen Patientendossier immer wieder genannt werden. Dazu möchten wir gerne Ihre Meinung wissen. Stimmen Sie den folgenden Aussagen voll zu, eher zu, eher nicht zu oder überhaupt nicht zu?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durch den schnellen Zugriff auf das elektronische Patientendossier können Behandlungsfehler vermieden werden. 2. Mit dem elektronischen Patientendossier sind auch im Notfall alle wichtigen Informationen über Patienten verfügbar. 3. Mit dem elektronischen Patientendossier können unnötige Abklärungen und Behandlungen eingespart werden. 4. Mit dem elektronischen Patientendossier steigt die Qualität der medizinischen Behandlung. 5. Mit dem elektronischen Patientendossier wissen Patienten über alle wichtigen Behandlungsinformationen jederzeit gut Bescheid. 6. Patienten können im elektronischen Patientendossier auch selbst Informationen ablegen, was für ihre Behandlung nützlich sein kann. 7. Die elektronische Eingabe meiner Behandlungsdaten während der Konsultation beeinträchtigt den persönlichen Kontakt und somit eine gute Diagnose und Behandlung durch die Gesundheitsfachperson. 8. Gesundheitsfachpersonen können auch ohne elektronisches Patientendossier ganz einfach die nötigen Informationen austauschen. 9. Vertrauliche Informationen zur Gesundheit des Patienten können im elektronischen Patientendossier allzu leicht in falsche Hände geraten. <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Antwortkategorien jeweils:</i> Stimme voll zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme überhaupt nicht zu weiss nicht keine Angabe ▶ <i>Zielgruppen:</i> Alle ▶ <i>Aufschlüsselung:</i> XXX 	N,A

*Spalte gibt an, wer zu befragen ist. N: Personen in Gesundheitseinrichtungen, die keiner (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sind; A: Personen in Gesundheitseinrichtungen, die einer (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sind

Indikator 4-11: Relative Bedeutung des EPD für die GFP

Einschätzungen der GFP, auf welchen Anteil der behandlungsrelevanten Informationen von anderen GFP sie im EPD zugreifen können.

Einschätzungen, welche Dokumente im EPD einen besonderen Mehrwert generieren.

Wie viele Dokumente welcher Art in den EPD enthalten sind, kann zwar aus den Betriebsdaten erschlossen werden. Inwieweit diese Dokumente aber behandlungsrelevant sind, muss aus der Befragung der Gesundheitsfachpersonen erschlossen werden.

Die Kombination der Fragen, welche Dokumente wie nützlich sind/wären, und welche Dokumente verfügbar sind, erlaubt eine gute Einschätzung über die Behandlungsrelevanz: v.a. die nützlichen Dokumente sollten vorhanden sein, während ein Fehlen unwichtiger Dokumente dem Nutzen eines EPD nicht abträglich ist.

Indikator 4-11: Teilindikatoren

Bezeichnung	Frage; Kategorien; Aufschlüsselung	Wer*
4-11.1 Geschätzter Anteil relevanter Daten	Neue Frage nötig	A
4-11.2 Nutzen von Dokumenten	Neue Frage nötig	A
4-11.3 Verfügbarkeit von Dokumenten	Neue Frage nötig	A

*Spalte gibt an, wer zu befragen ist. N: Personen in Gesundheitseinrichtungen, die keiner (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sind; A: Personen in Gesundheitseinrichtungen, die einer (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sind.

5.5 Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung**Indikator 5-15: Beurteilung Datenschutz und Datensicherheit durch GFP**

Einschätzungen von Gesundheitsfachpersonen zur Angemessenheit der Datenschutz- und Datensicherheitsmassnahmen. Fördern Sie das Vertrauen ins System EPD oder halten sie die GFP vom Anschluss an eine (Stamm-)Gemeinschaft ab?

Ob die GFP die Datenschutz- und Datensicherheitsmassnahmen als angemessen beurteilen, kann allgemein und detailliert abgefragt werden. Die grundsätzliche Haltung zum Datenschutz ergibt sich bereits aus dem Teilindikator zu den Haltungen zum EPD (4-5.8)

Es interessiert auch, inwiefern die Haltung zum Datenschutz mit der Bereitschaft der GFP zusammenhängt, sich einer (Stamm-)Gemeinschaft anzuschliessen oder ihren Patienten ein EPD zu empfehlen. Dies kann durch eine Kombination der hier vorgeschlagenen Teilindikatoren mit den entsprechenden Teilindikatoren zur Bereitschaft (vgl. Indikator 4-5) statistisch ermittelt werden. Hierzu müssen die Fragen zum Datenschutz den GFP mit und den GFP ohne Anschluss an eine (Stamm-)Gemeinschaft gestellt werden.

Indikator 5-X: Teilindikatoren

Bezeichnung	Frage; Kategorien; Aufschlüsselung	Wer*
5-16.1: Vertrauen in Datenschutz	<p>Vgl. Teilindikator 4-5.8, Behauptung 9: Vertrauliche Informationen zur Gesundheit des Patienten können im elektronischen Patientendossier allzu leicht in falsche Hände geraten.</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> Stimme voll zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme überhaupt nicht zu weiss nicht keine Angabe</p> <p>▶ <i>Zielgruppen:</i> Alle</p> <p>▶ <i>Aufschlüsselung:</i> XXX</p>	N,A
5-16.2 Vertrauen in andere GFP	<p>Eneu2b: Wie gross ist Ihr Vertrauen, dass die Stellen, welche mit Patientendaten / Bewohnerdaten / Klientendaten arbeiten, den Datenschutz rund um das elektronische Patientendossier auch einhalten?</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> Vertraue ihnen voll und ganz vertraue ihnen eher vertraue ihnen eher nicht vertraue ihnen überhaupt nicht weiss nicht keine Angabe</p> <p>▶ <i>Zielgruppen:</i> Alle</p> <p>▶ <i>Aufschlüsselung:</i> XXX</p>	N,A
5-16.3: Beurteilung von Datenschutzvorkehrungen	Neue Frage nötig:	A

*Spalte gibt an, wer zu befragen ist. N: Personen in Gesundheitseinrichtungen, die keiner (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sind; A: Personen in Gesundheitseinrichtungen, die einer (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sind.

5.6 Interoperabilität

Indikator 6-4: Geschätzte Kosten und Nutzen einer Steigerung der semantischen Interoperabilität

<p>GFP vergleichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - unstrukturiertes Dokument im Vergleich zu nicht verfügbarem Dokument - halbstrukturiertes Dokument im Vergleich zu unstrukturiertem Dokument - strukturiertes Dokument im Vergleich zu halbstrukturiertem Dokument <p>Wie verändert sich der Aufwand für die Person, welche die Daten aufbereitet/im EPD erfasst?</p> <p>Wie verändert sich der Aufwand für die Person, welche auf die Daten zugreift?</p> <p>Wie verändert sich die Behandlungsqualität?</p>

Bei diesem Indikator geht es um das Kosten-Nutzen-Verhältnis von strukturierten Dokumenten im EPD aus Sicht der beteiligten GFP. Aus Gründen der Einfachheit wurde bei den Vorarbeiten für das Umsetzungskonzept entschieden, nur zwischen strukturierten und nicht strukturierten Dokumenten zu unterscheiden. . Damit die Relevanz dieses Themas aus Sicht der einzelnen GFP beurteilt werden kann, soll auch danach gefragt werden, wie

gross der Anteil strukturierter Dokumente ist, auf die sie zugegriffen haben. *Es bestehen Zweifel, ob die Befragten hierzu aussagekräftige Angaben machen können.*

Indikator 6-4: Teilindikatoren

Bezeichnung	Frage; Kategorien; Aufschlüsselung	Wer*
6-4.1 Anteil strukturierter Dokumente in den EPD	Neue Frage nötig	A
6-4.2 Vergleich des Erfassungsaufwands	Neue Frage nötig	A
6-4.3: Vergleich des Aufwands bei der Nutzung der Dokumente	Neue Frage nötig	A
6-4.4: Einfluss auf Behandlungsqualität	Neue Frage nötig	A

*Spalte gibt an, wer zu befragen ist. N: Personen in Gesundheitseinrichtungen, die keiner (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sind; A: Personen in Gesundheitseinrichtungen, die einer (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sind.

Anhang 1: Weitere Fragen des eHealth Barometer Bevölkerung

Der eHealth Barometer Bevölkerung enthält weitere Fragen *mit einem direkten Bezug zum elektronischen Patientendossier*, die nicht einem Indikator des Monitorings zugeordnet werden können. Diese Fragen werden in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet:

Frage	Frage; Kategorien; Aufschlüsselung
eneu2f	<p>Patientinnen und Patienten sollen selbst Daten im elektronischen Patientendossier speichern dürfen. Würden Sie selbst die folgenden Daten gerne im elektronischen Patientendossier speichern oder lieber nicht speichern?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontaktdaten von Personen, die im Notfall benachrichtigt werden sollen 2. Informationen über Allergien und Unverträglichkeiten 3. Informationen über frühere und bestehende Erkrankungen 4. Willensäußerung zur Organspende 5. Patientenverfügung 6. Meine Medikamente 7. Von meinen Applikationen aufgezeichnete Gesundheitswerte 8. Impfungen <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Ja, gerne speichern nein, lieber nicht speichern weiss nicht keine Antwort</p>
eneu2g	<p>Würden Sie neben dem elektronischen Patientendossier weitere Funktionalitäten wünschen?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anmeldungen beim Hausarzt oder bei einem Spezialisten 2. Erinnerungsfunktion für Medikamente 3. Vorlage von Tagebüchern für chronische Krankheiten 4. Gesundheitsinformationen 5. Patientenforum 6. Beratung durch Patienten- und Konsumentenorganisationen 7. Auswahl von Gesundheits-Apps <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Sehr wünschenswert eher wünschenswert eher nicht wünschenswert gar nicht wünschenswert weiss nicht keine Angabe</p>

Anhang 2: Weitere Fragen des eHealth Barometer GFP

Der eHealth Barometer Gesundheitsfachpersonen enthält weitere Fragen *mit direktem Bezug zum elektronischen Patientendossier*, die nicht einem Indikator des Monitorings zugeordnet werden können. Diese Fragen werden in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet:

Frage	Frage; Kategorien; Zielgruppen Aufschlüsselung
kanton1	<p>Wie beurteilen Sie die Entwicklung von Gemeinschaften respektive Stammgemeinschaften für den Anschluss der Gesundheitsfachpersonen und der Organisationen Ihres Kantons?</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Sehr fortgeschritten eher fortgeschritten eher wenig fortgeschritten überhaupt nicht fortgeschritten weiss nicht keine Angabe</p> <p>► <i>Zielgruppen:</i> Befragung von Kantonen</p>
kanton2	<p>Gibt es ein nachhaltig finanziertes Projekt, das der Bevölkerung den Zugang zum elektronischen Patientendossier ermöglicht?</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Ja, auf nationaler Ebene ja, in meinem Kanton ja, auf nationaler Ebene und in meinem Kanton nein, das gibt es nach meinem Wissen nicht weiss nicht keine Angabe</p> <p>► <i>Zielgruppen:</i> Befragung von Kantonen</p>
kanton3	<p>Sehen Sie eine Möglichkeit, die ambulanten Leistungserbringer mit interessanten Angeboten für das elektronische Patientendossier begeistern zu können?</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Ja, sehe Möglichkeit nein, sehe keine Möglichkeit weiss nicht keine Angabe</p> <p>► <i>Zielgruppen:</i> Befragung von Kantonen</p>
kanton4	<p>Welches ist für Sie die beste Möglichkeit, die ambulanten Leistungserbringer für das elektronische Patientendossier begeistern zu können?</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Offene Antwort weiss nicht keine Angabe</p> <p>► <i>Zielgruppen:</i> Befragung von Kantonen</p>
Kanton5	<p>Weshalb sehen Sie keine Möglichkeit, die ambulanten Leistungserbringer für das elektronische Patientendossier begeistern zu können?</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Offene Antwort weiss nicht keine Angabe</p> <p>► <i>Zielgruppen:</i> Befragung von Kantonen</p>
eha14	<p>Wie erleben Sie persönlich die Ärzteschaft Ihres Kantons in Bezug auf das elektronische Patientendossier?</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Sehr aufgeschlossen eher aufgeschlossen eher kritisch sehr kritisch weiss nicht keine Angabe</p> <p>► <i>Zielgruppen:</i> Befragung von Kantonen; Spitex</p>
eha15	<p>Wie erleben Sie persönlich die Spitäler Ihres Kantons in Bezug auf das elektronische Patientendossier?</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Sehr aufgeschlossen eher aufgeschlossen eher kritisch sehr kritisch weiss nicht keine Angabe</p> <p>► <i>Zielgruppen:</i> Befragung von Kantonen; Spitex</p>
Eha15y	<p>Wie erleben Sie persönlich die Alters- und Pflegeheime Ihres Kantons in Bezug auf das elektronische Patientendossier?</p> <p>► <i>Antwortkategorien:</i> Sehr aufgeschlossen eher aufgeschlossen eher kritisch sehr kritisch weiss nicht keine Angabe</p> <p>► <i>Zielgruppen:</i> Befragung von Kantonen; Spitex</p>

<p>spitex10</p>	<p>Wie erleben Sie persönlich die Nonprofit-Spitex in Ihrem Kanton in Bezug auf das elektronische Patientendossier?</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> Sehr aufgeschlossen eher aufgeschlossen eher kritisch sehr kritisch weiss nicht keine Angabe</p> <p>▶ <i>Zielgruppen:</i> Befragung von Kantonen; Alters- und Pflegeheime; IT-Verantwortliche der Spitäler</p>
<p>eha15ab</p>	<p>Ist das elektronische Patientendossier aus Ihrer Sicht für den Fortschritt in der koordinierten Versorgung...</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> Sehr hilfreich eher hilfreich es kommt darauf an eher hinderlich sehr hinderlich weiss nicht keine Angabe</p> <p>▶ <i>Zielgruppen:</i> Alle</p>
<p>eha15af</p>	<p>Welches ist Ihrer Meinung nach die wichtigste Rolle des Kantons bei der Einführung des elektronischen Patientendossiers? Bitte ordnen Sie die folgenden Rollen entsprechend ihrer Wichtigkeit für Sie und weisen sie die Zahlen 1 (wichtigste Rolle) bis 4 (am wenigsten wichtige Rolle) zu.</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> Rolle als Koordinator/Organisator zwischen den Akteuren Finanzierer beim Aufbau einer (Stamm-)Gemeinschaft Finanzierer beim Betrieb einer (Stamm-)Gemeinschaft Rolle als Regulator keine Rolle weiss nicht keine Angabe</p> <p>▶ <i>Zielgruppen:</i> Befragung von Kantonen</p>
<p>Eheaapo11b</p>	<p>In welchen Alltagssituationen würden Sie sich einen Zugang zu medizinischen Patientendaten in elektronischer Form wünschen?</p> <p>▶ <i>Antwortkategorien:</i> Bei Patienten mit Rezept bei Patienten nach Spitalaustritt bei Patienten, die direkt ein OTC Medikament beziehen weiss nicht keine Angabe</p> <p>▶ <i>Zielgruppen:</i> Apotheker</p>

Dokumente und Literatur

- BAG (2016). Bundesgesetz zum elektronischen Patientendossier (EPDG). Rahmenkonzept der Evaluation (Internes Dokument). Bern: Bundesamt für Gesundheit
- Bolliger, Christian, Bignens, Serge und Rüefli, Christian (2016). Konzeption eines Monitoring-Systems zur Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier. Bern.
- Bolliger, Christian, et al. (2016). Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bolliger, Christian und Golder, Lukas (2016). Barrierefreie Befragung als methodologische Herausforderung. Präsentation am Seval-Kongress in Basel; 8. September 2016
- BFS (2008). NOGA 2008. Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige. Erläuterungen. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- gfs.bern (2018a): Swiss eHealth Barometer 2018. Meinungsbefragung Bevölkerung: Ärzteschaft als Moderatoren von eHealth. Bern: Swiss eHealth Forum.
- gfs.bern (2018b): Swiss eHealth Barometer 2018. Meinungsbefragung Gesundheitsfachpersonen: Die digitale Welle erfasst das Gesundheitswesen. Bern: Swiss eHealth Forum.