

# Informationsaustausch in der medizinischen Versorgung im Asylbereich mittels elektronischem Patientendossier – Rahmenbedingungen und Alternativen

Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit BAG,  
Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit

Autor: Walid Ahmed, Bright Insight GmbH  
Datum: 17. November 2020  
Version: 1.1

## Inhaltsverzeichnis

Glossar (Quelle eHealth-Suisse; angepasst).....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Literaturverzeichnis .....	8
<b>1 Management Summary .....</b>	<b>10</b>
<b>2 Ausgangslage .....</b>	<b>13</b>
2.1 <i>Ausgangslage: Informationsaustausch von Gesundheitsdaten in der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden im Asylverfahren in Verbindung mit der Strategie eHealth Schweiz 2.0</i> .....	13
2.2 <i>Ausgangslage zum EPDG</i> .....	14
2.3 <i>Zielsetzung und Fragestellungen</i> .....	19
2.4 <i>Abgrenzung</i> .....	21
<b>3 Vorgehen/Methodik.....</b>	<b>22</b>
3.1 <i>Startsitzung und Recherchen</i> .....	22
3.2 <i>Interview-Workshops SEM</i> .....	22
3.3 <i>Validierungsworkshop mit Vertreterinnen der kantonalen Ebene</i> .....	22
3.4 <i>Berichtserstellung und Validierung der Zwischenergebnisse mit der Auftraggeberin BAG und SEM</i> .....	22
3.5 <i>Finalisierung und Übergabe des Berichts an die Auftraggeberin BAG</i> .....	23
<b>4 Ist-Zustand .....</b>	<b>23</b>
4.1 <i>Informationsfluss und Zusammenarbeit zwischen Bund, Kanton und Gemeinde</i> .....	24
4.2 <i>Anspruchsgruppen und Akteure</i> .....	25
4.3 <i>Medizinische Abläufe in den Bundesasylzentren (IST-Situation)</i> .....	26
4.4 <i>Informationsfluss bei Wechsel der AS in kantonale Obhut</i> .....	32
4.5 <i>Medizinische Informationsobjekte (Daten, Dokumente)</i> .....	32
<b>5 Soll-Zustand.....</b>	<b>35</b>
5.1 <i>Merkmale und Anforderungen des Idealzustands</i> .....	35
<b>6 Lösungsvarianten.....</b>	<b>35</b>
6.1 <i>Lösungsvariante 1 - Einsatz des EPD unter geltendem Recht</i> .....	36
6.2 <i>Voraussetzungen für den Einsatz des EPD unter geltendem Recht</i> .....	36
6.3 <i>Lösungsvariante 2 - Einsatz ohne EPD</i> .....	44
6.4 <i>Variante 3 - Einsatz des EPD unter veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen</i> .....	46
<b>7 Ergebnisse .....</b>	<b>47</b>
7.1 <i>Problembeschreibung der IST-Situation (Ausgangslage)</i> .....	47
7.2 <i>Gegenüberstellung der Varianten</i> .....	48
7.3 <i>Fazit und empfohlene Lösungsvariante</i> .....	49
7.4 <i>Offene Fragen / weitergehender Klärungsbedarf</i> .....	49
<b>8 Empfehlungen und Schritte zur weiteren Umsetzung .....</b>	<b>50</b>
8.1 <i>Auswirkungen auf die Akteure</i> .....	50
8.2 <i>Schritte zur weiteren Umsetzung</i> .....	51

## Glossar (Quelle eHealth-Suisse; angepasst)

<b>Begriff</b>	<b>Definition / Erläuterung</b>
Aufbewahrungspflicht (von medizinischen Daten)	Gesetzlich vorgeschriebene Fristen für die Aufbewahrung von Daten. Im medizinischen Bereich sind diese zum Teil auf Bundesebenen, z.T. kantonal und z.T. über das Obligationenrecht geregelt. Sie gelten normalerweise für die Aufbewahrung auf Papier, teilweise auch für elektronische Medien.
Authentifizierung	Authentifizierung (engl. <i>authentication</i> ) ist der Vorgang der Überprüfung einer behaupteten Identität. Ob dem authentifizierten Benutzer der Zugang gewährt werden darf, entscheidet das Programm im Rahmen der Autorisierung.
Authentisierung (starke)	Authentisierung ist synonym zu Authentifizierung.  Starke Authentisierung im Kontext des EPD bedeutet eine 2-Faktor-Authentisierung, d.h. mindestens zwei Faktoren (Besitz, Wissen oder biologisches Merkmal) müssen gegeben sein für eine erfolgreiche Authentisierung. Beispiel: login mit einer Smartcard (Besitz) und einem Passwort (Wissen).
Autorisierung	Sie bezeichnet den Vorgang, mit dem ein Computerprogramm prüft, ob eine bestimmte Identität ein bestimmtes Recht besitzt. Die Autorisierung erfolgt meist nach einer erfolgreichen Authentisierung bzw. Authentifizierung.
Behandlung	Sämtliche Tätigkeiten einer Gesundheitsfachperson, die der Heilung oder Pflege einer Patient*in oder eines Patienten oder der Vorbeugung, Früherkennung, Diagnostik oder Linderung einer Krankheit dienen.
Daten, behandlungsrelevant (EPD-Kontext)	Im Kontext des EPD entscheidet der Patient gemeinsam mit seinen Behandelnden, welche Daten bzw. Dokumente für den weiteren Behandlungsverlauf wichtig sind und in das EPD publiziert werden sollen, damit sie für die anderen Behandelnden sichtbar sind. Eine abschliessende Liste von Dokumenten-Typen wird nicht vorgeschrieben. Wichtiger Hinweis: Es ist nicht die Idee, dass alle Informationen aus dem Primärsystem ins EPD publiziert werden sollen, sondern nur jene, welche interessant sind für die weiterbehandelnden Gesundheitsfachpersonen.
Daten, eingeschränkt zugängliche (Vertraulichkeitsstufe)	Eine der 3 Vertraulichkeitsstufen von Daten im EPD.  Medizinische Daten, die aus Sicht der Patientin oder des Patienten sensibel sind und nur Gesundheitsfachpersonen mit der Zugriffsstufe «erweitert» zugänglich sein sollen.
Daten, geheime (Vertraulichkeitsstufe)	Eine der 3 Vertraulichkeitsstufen von Daten im EPD.  Mit dieser Vertraulichkeitsstufe kann der Patient veranlassen, dass diese Daten nur noch ihm (resp. seiner Stellvertretung) zugänglich sind.

Daten, normal zugängliche (Vertraulichkeitsstufe)	Eine der 3 Vertraulichkeitsstufen von Daten im EPD. Zum Beispiel behandlungsrelevante Dokumente und Daten wie z. B. Berichte, Befunde, durchgeführte Behandlungen etc. sowie auch Informationen über Allergien und Unverträglichkeiten oder besondere Erkrankungen, Kostengutsprachen, Patientenverfügung, Willensäusserung zur Organspende, Kontaktdaten von im Notfall zu benachrichtigenden Personen.
Datenschutz	Jede Person hat gemäss der Bundesverfassung Anspruch auf Schutz vor Missbrauch ihrer persönlichen Daten. Daraus folgt das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Für eHealth heisst dies, dass die Bürgerinnen und Bürger entscheiden, wer wann welche Daten bearbeiten darf.
Datensicherheit (Informationssicherheit)	Die Datensicherheit soll den Verlust, die Manipulation, den unberechtigten Zugriff und die Verfälschung von Daten und Informationen mittels primär technischer, aber auch organisatorischer Massnahmen verhindern.
Einwilligung, informierte (EPD)	Für die Erstellung eines elektronischen Patientendossiers ist die schriftliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten erforderlich. Die Einwilligung ist nur gültig, sofern die betroffene Person sie nach angemessener Information über die Art und Weise der Datenbearbeitung und deren Auswirkungen freiwillig erteilt (« <i>informed consent</i> »; vgl. Art. 3 EPDG).
Elektronisches Patientendossier (EPD)	In der Schweiz versteht man unter dem elektronischen Patientendossier ein virtuelles Dossier, über das dezentral abgelegte behandlungsrelevante Daten einer Patientin oder eines Patienten in einem Abrufverfahren zugänglich gemacht werden können. Das EPD wird von den Gesundheitsfachpersonen in Absprache mit den Patient*innen geführt. Die Inhalte stehen entlang des Behandlungspfades unabhängig von Ort und Zeit zur Verfügung. Die Patienten haben das Recht auf Einsichtnahme und Verwaltung der Zugriffsrechte.
EPDG (Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier)	Die gesetzlichen Grundlagen regeln die Anforderungen des Bundes für eine sichere Bearbeitung von Daten im elektronischen Patientendossier. Diese umfassen sowohl die technischen (z.B. Normen sowie Infrastrukturkomponenten) wie auch die organisatorischen Rahmenbedingungen (z.B. Identifikation der Patienten und der Gesundheitsfachpersonen oder Definition der Zugriffsrechte).
Ermächtigung	In gewissen Situationen kann es für den Patienten sinnvoll sein, das Recht auf Zuweisung einer Zugriffsstufe an eine Gesundheitsfachperson stellvertretend zu erteilen. Dieser Ermächtigungsprozess muss elektronisch erfolgen. Das bedeutet, dass der Ermächtigungsprozess elektronisch verifiziert, dokumentiert und protokolliert werden muss.  Der Patient kann somit Gesundheitsfachpersonen (nur) seiner eigenen Stammgemeinschaft ermächtigen, an seiner Stelle einer anderen Gesundheitsfachperson eine Zugriffsstufe zuzuweisen. Die ermächtigten Gesundheitsfachpersonen können maximal nur die Zugriffsstufe zuweisen, welche sie zu diesem Zeitpunkt selbst besitzen.

Gemeinschaft	Zusammenschluss von Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen. Gemeinschaften müssen u.a. sicherstellen, dass Daten über das elektronische Patientendossier jederzeit für Patient*innen sowie für die Gesundheitsfachpersonen, die die notwendigen Zugriffsrechte erhalten haben, zugänglich sind. Die Gemeinschaften müssen dazu insbesondere sicherstellen, dass jede Bearbeitung von Daten protokolliert wird. Erst nach einer erfolgreichen Zertifizierung dürfen die Mitglieder einer Gemeinschaft am EPD-Gesamtsystem teilnehmen.
Gruppe von Gesundheitsfachpersonen (EPDG-Kontext)	Der Begriff „Gruppe von Gesundheitsfachpersonen“ umfasst alle in einer Gesundheitsorganisation und deren Unterorganisationen tätigen Gesundheitsfachpersonen, die Mitglied einer zertifizierten Gemeinschaft sind. Gesundheitsorganisationen können stationäre Einrichtungen wie akutsomatische oder Rehabilitations-Spitäler, Gruppen- oder Einzelpraxen, Apotheken oder Spitexorganisationen etc. sein. Darüber hinaus können sogenannte «virtuelle» Gruppen von Gesundheitsfachpersonen von Bedeutung sein, zum Beispiel ein onkologisches Netzwerk aus Gesundheitsfachpersonen aus verschiedenen Organisationen (z.B. Tumorboard). Alle Gruppen müssen im nationalen Abfragedienst für Gesundheitsfachpersonen und Gesundheitseinrichtungen ( <i>Healthcare Provider Directory; HPD</i> ) abgebildet werden.
Hilfspersonen	Der Hilfspersonenbegriff nach Art. 101 des Obligationenrechts umfasst sämtliche natürliche oder juristische Personen, die für eine andere Person und mit deren Einverständnis eine Schuldpflicht erfüllen oder ein Recht ausüben. Im Rahmen des elektronischen Patientendossiers unterstützt demnach die Hilfsperson die Gesundheitsfachperson in einer bestimmten Funktion bei der Erfüllung ihrer Aufgabe und darf dabei Kenntnis von Informationen über den Patienten oder die Patientin erhalten, die notwendig sind, um die Unterstützungsfunktion auszuüben. Der Kreis der Hilfspersonen kann beliebig gross sein (Pflegepersonal, Assistenten, Laborangestellte etc). Hilfspersonen von Gesundheitsfachpersonen verfügen über die gleichen Lese- und Schreibrechte, wie die Gesundheitsfachpersonen in deren Auftrag und Verantwortung sie Daten des EPD bearbeiten. Genau wie alle anderen Benutzer des EPD müssen sie über eine elektronische Identität (eID) zur starken Authentifizierung verfügen.
Medizinische Grundversorgung	Unter medizinischer Grundversorgung wird die ambulante Versorgung der Bevölkerung durch ärztliche Grundversorger/innen sowie weitere Gesundheitsberufe verstanden wie Pflegefachpersonen, Apotheker/innen, Hebammen, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Ernährungsberater/innen sowie Assistenzberufe wie Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten oder Fachangestellte Gesundheit. Im vorliegenden Bericht liegt der Schwerpunkt auf der ambulanten Versorgung durch ärztliche Grundversorger/innen und Pflegefachpersonen.

Patientenidentifikationsnummer	Bei der Patientenidentifikationsnummer handelt es sich um eine zufällig generierte Nummer als Identifikationsmerkmal der Patient*innen, welche im Rahmen des elektronischen Patientendossiers vergeben und in der Identifikationsdatenbank (UPI Datenbank) der ZAS (Zentrale Ausgleichsstelle) gespeichert wird. Mit diesem zusätzlichen Identifikationsmerkmal soll sichergestellt werden, dass bei einer Abfrage alle Daten und Dokumente, die zu einer bestimmten Person im elektronischen Patientendossier erfasst sind, korrekt und vollständig zusammengeführt und angezeigt werden (s. Art. 4 EPDG).
Stammgemeinschaft	Bei der Stammgemeinschaft handelt es sich analog zur Gemeinschaft um einen Zusammenschluss von Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen. Im Gegensatz zu einer "normalen" Gemeinschaft bietet es den Patient*innen zusätzlich zu den allgemeinen Aufgaben weitere Dienste an, speziell die Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers, jedoch auch sämtliche mit dem Unterhalt des Dossiers verbundene administrative Aufgaben, etwa die Aufbewahrung der schriftlichen Einverständniserklärung oder die Verwaltung der Zugriffsberechtigungen.
Stellvertretung (des Patienten) (EPD)	Stellvertreter können an Stelle einer Patientin oder eines Patienten mit einer eigenen eID Daten des EPD bearbeiten. Sie haben die gleichen Möglichkeiten und Rechte, wie der oder die Patientin selbst. D.h. sie haben Einsicht in alle Vertraulichkeitsstufen und auch in das Bearbeitungsprotokoll. Patienten können mehrere Stellvertreter auf ihr EPD einsetzen und diese frei bestimmen. Eine Stellvertretung muss zur Ausübung seiner oder ihrer Rolle selbst kein EPD eröffnet haben. Bei der Stellvertretung eines Patienten wegen Urteilsunfähigkeit oder Unmündigkeit gelten die üblichen zivilrechtlichen Regeln.
Vertraulichkeitsstufe	Die Patientin oder der Patient kann die medizinischen Daten des EPD einer von drei Vertraulichkeitsstufen zuordnen. Je vertraulicher ein Dokument ist, desto weniger Leute können es einsehen. Es gibt folgende drei Stufen: Die drei Vertraulichkeitsstufen sind: normal zugängliche Daten, eingeschränkt zugängliche Daten sowie geheime Daten. Neu eingestellte Daten werden automatisch der Stufe „normal zugänglich“ zugeordnet.
Zugriffsberechtigung (EPD-Kontext)	Mit Zugriffsberechtigung ist die Berechtigung des anfragenden Benutzers auf die Einsicht von Dokumenten im EPD gemeint. Im EPD-System muss der Patient immer explizit und eindeutig einer Gesundheitsfachperson das Recht auf Einsicht geben. Für den konkreten Zugriff müssen sowohl die Zugriffsstufe für die Gesundheitsfachperson und die entsprechende Vertraulichkeitsstufe der angeforderten Dokumente passen.
Zugriffsprotokoll	Zeichnet sämtliche Zugriffe der Behandelnden auf das elektronische Patientendossier in einer Logdatei auf. Diese Protokolldaten sind den Patient*innen des EPD (und somit auch den Stellvertretungen) über das Zugangsportale zugänglich.

---

Zugriffsrecht	Der Patient kann einer Gesundheitsfachperson unterschiedliche Zugriffsrechte im EPD zuweisen. Es besteht einerseits die Möglichkeit, das Zugriffsrecht auf die Vertraulichkeitsstufe «normal zugänglich» zu erteilen, womit nur Zugriff auf die normal zugänglichen Daten ermöglicht wird. Andererseits kann auch das Zugriffsrecht auf die beiden Vertraulichkeitsstufen «normal zugänglich» und «eingeschränkt zugänglich» erteilt werden, was einem erweiterten Zugriff entspricht. Auf die Vertraulichkeitsstufe «geheim» hat ausschliesslich des Patienten oder die Patientin, resp. allfällige bezeichnete Stellvertretungen Zugriff.
Zugriffssteuerung	Die Zugriffssteuerung wird verwendet, um Benutzern Funktionen bzw. Befugnisse zuzuweisen. Die Zugriffsteuerung wird über die verschiedenen Zugriffsstufen geregelt, welche Aufgaben, Eigenschaften und vor allem Rechte eines Benutzers in einer Software definiert.

---

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
AS	Asylsuchender / asylsuchende Person
ASS	Assistent/Assistentin/Hilfsperson (technische Rolle im EPD)
AsylG	Asylgesetz
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAZ	Bundesasylzentrum
BAZ mV	Bundesasylzentrum mit Verfahren
BAZ oV	Bundesasylzentrum ohne Verfahren
BIT	Bundesamt für Informatik und Telekommunikation
BV	Bundesverfassung
BZ	Bundeszentrum
DSG	Bundesgesetz über den Datenschutz
eID	Elektronisches Identifizierungsmittel
EPD	Elektronisches Patientendossier
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
EPDV	Verordnung über das elektronische Patientendossier
EPDV-EDI	Verordnung des EDI über das elektronische Patientendossier
EpG	Epidemiengesetz
EpV	Epidemienvverordnung
EVZ	Empfangs- und Verfahrenszentren
GFP	Gesundheitsfachperson
HMG	Heilmittelgesetz
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MEI	Medizinische Eintrittsinformation
MEK	Medizinische Erstkonsultation
PAT	Patientin/Patient (technische Rolle im EPD)
P&A	Partner und Administration
REP	Stellvertreter/Stellvertreterin des Patienten/der Patientin (technische Rolle im EPD)
SEM	Staatssekretariat für Migration

## Literaturverzeichnis

[1] SEM, BAG, „Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone,“ 2017.

[2] SEM, „Leitfaden Medizinische Abklärung in Bundesasylzentren,“ 01.03.2019.



- [3] SEM, „Prozessbeschreibung - Medizinische Abklärungen im BAZ,“ 01.03.2019.
- [4] Interface i.A. BAG, „Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen. (Bericht zuhanden des BAG, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit),“ 2018.
- [5] Interface, evaluanda i.A. BAG, „Gesundheitsversorgung für Asylsuchende (Bericht zuhanden des BAG),“ 2017.

# 1 Management Summary

Der vorliegende Bericht widmet sich der Fragestellung, wie der Austausch medizinischer Informationen im Rahmen der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden verbessert werden könnte. Dabei stand im Vordergrund, ob und unter welchen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen das elektronische Patientendossier (EPD) gemäss dem Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG, SR 816.1) dabei eine Rolle spielen könnte.

---

*Es konnte aufgezeigt werden, dass ein Einsatz des EPD bereits unter den aktuell geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen (September 2020) nicht nur sinnvoll, sondern bereits mit vergleichsweise wenigen organisatorischen Anpassungen und ohne Beschaffung neuer oder Anpassung bestehender ICT-Systeme realisierbar wäre.*

---

## **Fragestellungen:**

Konkret wurden folgende Fragestellungen untersucht:

1. Ermöglichen die rechtlichen Rahmenbedingungen (insbes. des EPDG) die Etablierung und Nutzung des EPD nach EPDG durch die an der Gesundheitsversorgung der AS beteiligten Akteure, solange diese in den BAZ oder in den Kantonen untergebracht sind?
2. Sind – unabhängig von der rechtlichen Anwendbarkeit/Machbarkeit – die technischen Konzepte des EPDG geeignet, die Informationsflüsse der Gesundheitsdaten zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität zu verbessern?
3. Falls sich die rechtlichen Rahmenbedingungen des EPDG oder die technischen Konzepte als nicht anwendbar oder geeignet herausstellen: Unter welchen Bedingungen wäre eine EPDG konforme Umsetzung möglich, sinnvoll und geeignet? Explizit sind hier auch allfällige rechtliche Anpassungen sowie organisatorische und/oder betriebliche Anpassungen in Betracht zu ziehen und zu analysieren.
4. Optional: Können im Sinne eines – zu vertiefenden – Ausblicks alternative Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden?

## **Ergebnisse der IST-Analyse:**

Im Rahmen der IST-Analyse gegenwärtiger Abläufe, Verantwortlichkeiten und Herausforderungen konnten folgende Feststellungen gemacht, respektive Aussagen bestätigt werden.

Die medizinischen Informationsflüsse zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden (AS)...:

- ... können neben den Asylsuchenden (und ihren Rechtsvertretungen) eine Vielzahl unterschiedlichster Akteure auf diversen staatlichen und fachlichen Ebenen involvieren. Die wichtigsten:
  - Ebene Bund: Staatssekretariat für Migration (SEM), Bundesasylzentren (BZ);
  - Ebene Kanton: Kantonale Migrationsämter und Asylzentren sowie die Gemeinden;
  - Primäre Grundversorger (i. d. R. Hausärzt\*innen im Auftrag von Bund/Kantonen);
  - Sekundärversorger (Spitäler, Spezialist\*innen);
  - Kostenträger.
- ... sind geprägt von einer hohen Heterogenität der Prozesse insbesondere auf Ebene der Kantone;

- ... weisen aufgrund der fragmentierten Zuständigkeiten (Bund, Kantone, Private) und Prozessverläufe, sowie nur rudimentärer digitaler Unterstützung viele Medienbrüche, Ineffizienzen und immer wieder sogar Informations-Verluste oder mangelhafte Verfügbarkeit auf.
- ... die Verantwortung zur Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit ist über sehr viele Akteure verteilt, wird nicht durchgehend technisch unterstützt, und ist somit von den jeweiligen, sehr heterogenen technischen und organisatorischen Voraussetzungen abhängig.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die bekannten und gefundenen Defizite im gegenwärtigen medizinischen Informationsaustausch an den verschiedenen Schnittstellen, insbesondere aber an der Schnittstelle beim Übergang der Obhut des Bundes für die Asylsuchenden in die Obhut der Kantone negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität, die Patientensicherheit, die Effizienz der Versorgung und nicht zuletzt auch auf die informationelle Selbstbestimmung sowie auf die Gesundheitskompetenz der Asylsuchenden hat.

Vor dem Hintergrund der IST-Analyse wurden sodann verschiedene Lösungsansätze zur Optimierung des medizinischen Informationsaustauschs untersucht. Im Vordergrund stand die Frage, ob und unter welchen Rahmenbedingungen, der Einsatz des elektronischen Patientendossiers im Asylbereich wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich wäre, resp. welche Alternativen und ggf. rechtliche Anpassungsbedarfe bestünden.



Abbildung 1: Schematische Darstellung des Auftrags und der Analyse im Rahmen des Mandats.

### **Einsatz des EPD unter bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen und Auswirkungen auf die beteiligten Akteure bei Einsatz eines EPD (vgl. Kap. 8.1):**

Im Vergleich zu alternativen Lösungsmöglichkeiten, wäre der Einsatz des EPD im Asylbereich – zumindest, resp. *zunächst* auf Bundesebene – sogar ohne rechtliche Anpassungen durch vergleichsweise wenige Schritte und organisatorische Anpassungen zu erreichen:

1. Die beauftragten Leistungserbringer des SEM müssten einer bestehenden sog. EPD-Stammgemeinschaft angeschlossen sein, resp. sich neu anschliessen. Dies kann über entsprechende Leistungsverträge zwischen dem SEM und den Leistungserbringern (Medic-Help, Partnerärzte) eingefordert werden.
2. Die auch ohne EPD nötige Information und Einwilligung der Asylsuchenden zur Datenbearbeitung müsste die freiwillige Eröffnung und Verwendung des EPD beinhalten.
3. Im Rahmen der EPD-Eröffnung werden (optional) ausgewählte Stellvertretungen (z. B. Rechtsvertreter, Gesundheitsfachpersonen im SEM-Auftrag) konfiguriert, so dass ein Asylsuchender die Verwaltung des EPD und der Zugriffsrechte delegieren kann. Sofern Asylsuchende ihr EPD selbst verwalten wollen und können, wird keine Stellvertretung benötigt.
4. Da die Datenbearbeitung im EPD eine starke Authentifizierung erfordert, müssten alle Personen, die auf das EPD zugreifen sollen, über eine entsprechende elektronische Identität nach Artikel 7 EPDG verfügen.

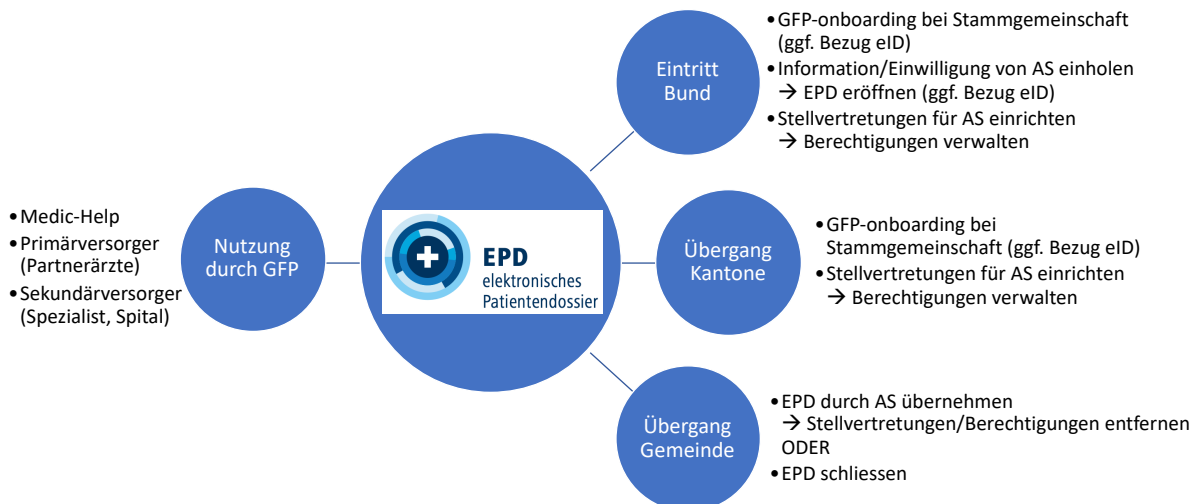


Abbildung 2: Vereinfachte Darstellung der Voraussetzungen und Interaktionen auf Ebene Bund, Kantone, Gemeinden sowie der Gesundheitsfachpersonen der jeweiligen Ebenen bei Einsatz eines EPD.

Allein mit der Umsetzung dieser Voraussetzungen sollten - mindestens auf Bundesebene - bereits weitgehende Verbesserungen im Informationsfluss und zur Sicherstellung des Datenschutzes erzielt werden. Eine konsequente Ausweitung auf die kantonale Ebene ist aus den gleichen Gründen erstrebenswert.

Weitergehende Anpassungen auf technischer, organisatorischer und erst noch auf rechtlicher Ebene können darüber hinaus weiteren Nutzen und/oder Vereinfachungen generieren. Exemplarisch könnten Anwendungsfall-spezifische Anpassungen auf den EPD-Plattformen (z. B. gewisse Spezialfunktionen in den Zugangsportalen) durch die Stammgemeinschaften, resp. ihrer Technologieanbieter implementiert werden, um gewisse Komfort-Funktionen zu realisieren.

### Alternativen:

Alternative Lösungsansätze oder Änderungen rechtlicher Rahmenbedingungen könnten zwar durch eine massgeschneiderte Lösung weitergehende Vorteile mit sich bringen, bringen jedoch auf der Zeitachse und hinsichtlich der zu erwartenden Kosten, grosse Herausforderungen mit sich

und stellen damit, nach unserer Einschätzung, keine attraktive Strategie dar (vgl. Kap. 6.3 und Kap. 6.4).

### **Weiterführender Abklärungs- und Analysebedarf (vgl. Kap. 8):**

Vor dem Start einer definitiven Umsetzung einer EPD-basierten Unterstützung wird gleichwohl empfohlen, insbesondere folgende Aspekte vertieft abzuklären, resp. zu validieren:

- Überführen bestehender Dokumente/Daten und Prozesse in die EPD-basierten Abläufe;
- Voraussetzungen und Bezug der nötigen Identifikationsmittel (eID) für die Asylsuchenden;
- Notwendigkeit und Konzept für papierbasierte Parallel-Prozesse, resp. Schnittstellen zu Akteuren ohne EPD-Zugang (z. B. Spezialisten, die nicht im Bundes- oder Kantonsauftrag praktizieren);
- Strategien und Möglichkeiten zur Ausweitung der EPD-Nutzung auch in späteren Asylverfahrensphasen (Ebene Kanton, Ebene Gemeinde, ggf. Überantwortung an Dossierbesitzer nach Verfahrensabschluss).

## 2 Ausgangslage

### 2.1 Ausgangslage: Informationsaustausch von Gesundheitsdaten in der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden im Asylverfahren in Verbindung mit der Strategie eHealth Schweiz 2.0<sup>1</sup>

#### 2.1.1 Bericht "Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen"

Der Bericht "Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen" zuhanden der Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit des Bundesamts für Gesundheit, analysierte 2018 die IST-Situation und identifizierte zahlreiche Herausforderungen im Bereich des Informationsflusses zwischen den involvierten Organisationen und Leistungserbringer auf den Stufen Bund, Kantone und Gemeinden. Der Bericht empfiehlt u.a. den Informationsfluss zu verbessern und eine elektronische Krankenakte einzuführen, resp. die Möglichkeiten dafür zu prüfen.

Aus dem Bericht „Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylbewerbern - Situationsanalyse und Empfehlungen“:

---

E11: Die Übermittlung von individuellen Gesundheitsdaten von den Bundeszentren an die Kantone und schliesslich an die Gemeinden (und zwischen Erstuntersuchung und Nachbehandelnden) ist durch **viele Schnittstellen** gekennzeichnet und **daher anfällig für "Datenverlust"**. Wir empfehlen daher die Einführung einer Krankenakte (Überprüfung der Möglichkeit einer elektronischen Akte, Definition von Zugriffsrechten) von Anfang an (d.h. auf Bundesebene). Der **Testbetrieb Zürich** kann **als Modell** verwendet werden<sup>2</sup>.

---

Anspruchsgruppen mit dem Bedürfnis nach Verbesserung sind demnach die involvierten Stellen auf den Ebenen Bund (Bundesasylzentren, SEM), Kantone, Gemeinden, die Leistungserbringer (z.

---

<sup>1</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-ehealth-schweiz.html>

<sup>2</sup> Gemäss Auskunft von Frau Koller (SEM) besteht in Zürich kein Testbetrieb mehr.

B. Spitäler, Sozial- und Gesundheitsdienstleister für Asylsuchende in jedem Kanton) sowie die asylsuchenden Patient\*innen selbst.

### 2.1.2 Strategie eHealth Schweiz 2.0

Das Ziel Cl.3 (Handlungsfeld C «Zur Digitalisierung befähigen») der Strategie eHealth Schweiz 2.0 postuliert:

---

«Bund und Kantone prüfen, wie die Verbreitung des EPD durch gesundheitspolitische Strategien (z.B. Nationale Demenzstrategie oder Plattform Palliative Care) sowie entsprechende Aktivitäten anderer Politikbereiche (z. B. Sozial- und Integrationspolitik, kantonale Alterspolitiken) unterstützt werden kann.»

---

In Verbindung mit der Problemstellung aus dem Bericht „Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylbewerbern“ möchte das BAG gestützt auf das Ziel Cl.3 der Strategie eHealth Schweiz 2.0 obige Fragestellungen, respektive Lösungsmöglichkeiten prüfen. Die Anwendung soll dabei nicht nur auf psychische Erkrankungen beschränkt sein, sondern sich allgemein auf den Austausch von Gesundheitsinformationen von Menschen im Asylverfahren beziehen.

### 2.1.3 Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Rahmen der vorliegenden Analyse können neben dem EPDG noch folgenden rechtliche Rahmenbedingungen relevant sein:

5. Asylgesetz (AsylG, SR 142.31) vom 26. Juni 1998;
6. Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer und über die Integration (Ausländer- und Integrationsgesetz, AIG, SR 142.20) vom 16. Dezember 2005;
7. Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG, SR 235.1) vom 19. Juni 1992;
8. Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG, SR 818.101) vom 28. September 2012.

## 2.2 Ausgangslage zum EPDG

Das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier vom 19. Juni 2015 (EPDG, SR 816.1) regelt die Rahmenbedingungen für die Einführung und Verbreitung des elektronischen Patientendossiers und ist seit dem 15. April 2017 in Kraft. Die Umsetzung und der Vollzug sind seit dem Inkrafttreten der zugehörigen Ausführungsbestimmungen (EPDV, SR 816.11; EPDFV, SR 816.12 und EPDV-EDI, SR 816.111) im Gange.

---

*EPDG Art. 2 Bst. a: Das elektronische Patientendossier ist ein virtuelles Dossier, über das dezentral abgelegte behandlungsrelevante Daten einer Patientin oder eines Patienten in einem Abrufverfahren den an der Behandlung beteiligten Gesundheitsfachpersonen zugänglich gemacht werden können.*

*Aus der Botschaft zum EPDG: Mit Hilfe des elektronischen Patientendossiers können Gesundheitsfachpersonen auf behandlungsrelevante Daten ihrer Patient\*innen, die von anderen am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen erstellt und dezentral erfasst wurden, zugreifen und diese allenfalls in ihren Praxis- und Klinikinformationssystemen ausserhalb des elektronischen Patientendossiers speichern. Hierzu müssen sie sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder*

*Stammgemeinschaft anschliessen, das heisst einem Zusammenschluss von Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen, und ihre Patient\*innen müssen ihnen die notwendigen Zugriffsrechte erteilen. Zudem eröffnet das elektronische Patientendossier auch den Patient\*innen die Möglichkeit, ihre Daten einzusehen, selber eigene Daten zugänglich zu machen wie auch die Vergabe der Zugriffsrechte zu verwalten.*

---

Die Patientin oder der Patient hat die Möglichkeit, selbst eigene Daten (z. B. Informationen über Allergien, Unverträglichkeiten oder besondere Erkrankungen, Patientenverfügung, Willensäusserung zur Organspende oder Kontaktdaten von im Notfall zu benachrichtigenden Personen) in ihr oder sein elektronisches Patientendossier hochzuladen und diese damit den behandelnden Gesundheitsfachpersonen zugänglich zu machen.

*«Zweckartikel» EPDG Art. 1 Abs. 3: Mit dem elektronischen Patientendossier sollen die Qualität der medizinischen Behandlung gestärkt, die Behandlungsprozesse verbessert, die Patientensicherheit erhöht und die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert sowie die Gesundheitskompetenz der Patient\*innen gefördert werden.*

---

### **2.2.1 Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers**

Die Patient\*innen entscheiden selbst, ob sie ein elektronisches Patientendossier eröffnen wollen. Vorgängig müssen sie über die Funktionsweise des elektronischen Patientendossiers informiert werden. Die Einwilligung in die Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Bei einem Widerruf der Einwilligung wird der Zugriff auf sämtliche im elektronischen Patientendossier erfassten Daten und Dokumente der Person gesperrt und die Daten werden gelöscht.

### **2.2.2 Aufbau von Stammgemeinschaften und Gemeinschaften**

Damit Gesundheitsfachpersonen auf das elektronische Patientendossier zugreifen können, müssen sie sich einer so genannten Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft anschliessen.

Für ambulant tätige Gesundheitsfachpersonen wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Apotheken oder Spitexorganisationen ist der Beitritt zu einer Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft freiwillig.

Nach Artikel 11 des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG, SR 816.1) können nur Stammgemeinschaften und Gemeinschaften, die von einer akkreditierten Zertifizierungsstelle zertifiziert worden sind, das elektronische Patientendossier (EPD) anbieten.

*EPDG Art. 2 Bst. d und e:*

*Gemeinschaft: organisatorische Einheit von Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen;*

*Stammgemeinschaft: Gemeinschaft, die zusätzliche Aufgaben wahrnimmt.*

---

Nach Artikel 30 der Verordnung über das elektronische Patientendossier (EPDV, SR 816.11) werden (Stamm-)Gemeinschaften zertifiziert, wenn sie die Vorgaben der Artikel 9-13 der EPDV erfüllen. (Stamm-)Gemeinschaften werden zertifiziert, wenn sie die Vorgaben der Artikel 9-21 EPDV erfüllen.

### 2.2.3 Zugriffsrechte für Gesundheitsfachpersonen

Verfügt eine Patientin oder ein Patient über ein elektronisches Patientendossier, so können Gesundheitsfachpersonen im Rahmen einer Behandlung auf Dokumente zugreifen, die durch andere Gesundheitsfachpersonen oder die Patientin/den Patienten selbst bereitgestellt wurden, wie zum Beispiel Röntgenbilder, Labordaten oder Operations- und Austrittsberichte, sofern sie über entsprechende Zugriffsrechte verfügen.

Technische Voraussetzung für die Vergabe von Zugriffsrechten durch die Patient\*innen und damit für den Zugriff auf das EPD ist die Registrierung der Gesundheitsfachpersonen im Abfragedienst für Gesundheitsfachpersonen und Gesundheitseinrichtungen (*Healthcare Provider Directory; HPD*), der vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geführt und beim Bundesamt für Informatik und Telekommunikation (BIT) betrieben wird.

Gesundheitsfachpersonen im Asylbereich müssen – neben der Möglichkeit zur starken Authentifizierung (vgl. Kap. 2.2.4) mit einem zertifizierten Identifikationsmittel – eben auch im zentralen Abfragedienst HPD registriert und verwaltet werden.

Der Patient oder die Patientin hat die Möglichkeit, die Zugriffsrechte für die jeweilige Gesundheitsfachperson durch Auswahl einer so genannten Zugriffsstufe individuell festzulegen. In Abhängigkeit von der Zugriffsstufe hat die Gesundheitsfachperson Zugriff auf die Dokumente einer oder mehrere Vertraulichkeitsstufen. Jedem Dokument wird deshalb eine bestimmte Vertraulichkeitsstufe zugewiesen, die durch den Patienten oder die Patientin jederzeit geändert werden kann. Die Patientin oder der Patient kann sich zudem jederzeit gegen die Bereitstellung eines bestimmten Dokumentes in ihrem oder seinem elektronischen Patientendossier aussprechen.

Gesundheitsfachpersonen können jedoch nur dann auf die Daten ihrer Patientinnen oder Patienten zugreifen, wenn diese ihnen Zugriffsrechte erteilt haben und sie selbst Mitglied einer sogenannten zertifizierten Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft (Def. gem. EPDG: «Zusammenschluss von Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen») sind.

Patient\*innen können einzelne Gesundheitsfachpersonen auch von allen Zugriffsmöglichkeiten ausschliessen; entweder pauschal indem sie einer Gesundheitsfachperson keine Zugriffsrechte erteilen (und ggf. auch die Möglichkeit des Notfallzugriffs ausschliessen), oder indem sie selektiv Dokumenten die Vertraulichkeitsstufe «geheim» zuordnen.

Darüber hinaus können Patient\*innen sowohl selektiv einzelne Dokumente dauerhaft aus ihrem EPD löschen, oder durch Widerruf der Einwilligung zum Führen eines EPD dieses vollständig aufheben.

Jeder Zugriff auf das elektronische Patientendossier wird protokolliert. Die Patientin oder der Patient kann die Protokolldaten jederzeit einsehen und erhält dadurch die Kontrolle darüber, wer wann auf sein oder ihr elektronisches Patientendossier zugegriffen hat.

### 2.2.4 Identifikation von Patient\*innen sowie Gesundheitsfachpersonen

Die eindeutige und sichere Zuordnung von medizinischen Dokumenten zum richtigen Patienten oder zur richtigen Patientin ist eine zentrale Voraussetzung für eine korrekte Behandlung. Dafür erhält jede Patientin oder jeder Patient bei der Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers eine zufällig generierte Nummer als zusätzliches Identifikationsmerkmal (Patientenidentifikationsnummer).



Zudem müssen die Patient\*innen aber auch alle Gesundheitsfachpersonen, die auf ein elektronisches Patientendossier zugreifen wollen, eine elektronische Identität (eID) und ein Identifikationsmittel eines zertifizierten Herausgebers von Identifikationsmitteln gem. Anhang 8 EPDV-EDI besitzen.

### 2.2.5 Funktionsweise des elektronischen Patientendossiers

Das elektronische Patientendossier basiert auf dem Prinzip der verteilten Datenhaltung. Jede Gesundheitsfachperson erfasst und speichert die medizinischen Daten und Dokumente ihrer Patient\*innen im eigenen Praxis- oder Klinikinformationssystem. Die Praxis- und Klinikinformationssysteme, in welchen die elektronischen Krankengeschichten geführt werden, werden auch als «Primärsysteme» bezeichnet. Nach der Einwilligung der Patientin oder des Patienten werden die für die Weiter- und Nachbehandlung relevanten Daten und Dokumente wie Röntgenbilder, Operations- und Austrittsberichte, Labor- oder Pathologiebefunde, Medikationslisten über das elektronische Patientendossier anderen Gesundheitsfachpersonen zugänglich gemacht. Das elektronische Patientendossier wird deshalb auch als «Sekundärsystem» bezeichnet.

Auf diese Weise entsteht ein virtuelles Patientendossier.

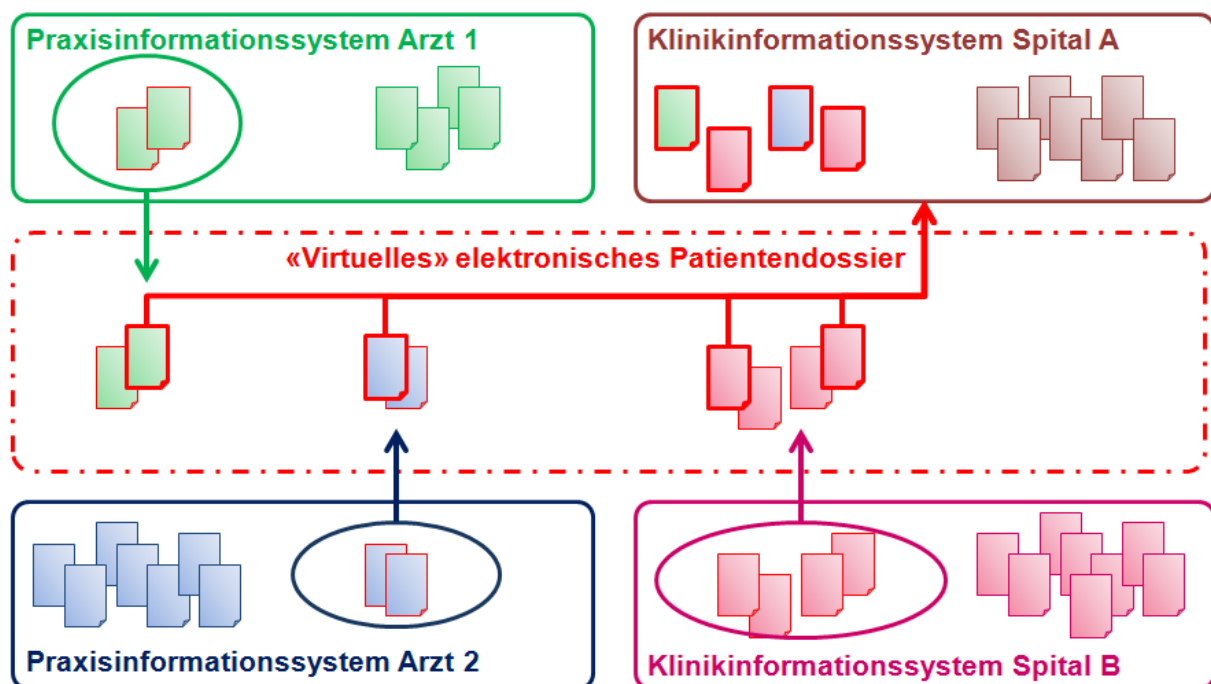


Abbildung 3: Schematische Darstellung der Funktionsweise des "virtuellen" elektronischen Patientendossiers.

Virtuell deshalb, weil kein zentraler Dokumentenspeicher notwendig ist, sondern in den elektronischen «Dokumentenregistern» die Verweise auf den Ablageort in den dazugehörigen sekundären Ablagesystemen der Gemeinschaften oder Stammgemeinschaften gespeichert werden. Die dezentral erstellten und in den Dokumentenablagen als Kopie gespeicherten behandlungsrelevanten Dokumente können dann durch andere Gesundheitsfachpersonen, sofern sie die entsprechenden Zugriffsrechte haben, auf diese Dokumente zugreifen und diese allenfalls in ihrem eigenen Primärsystem abspeichern. Und zwar unabhängig davon, ob sie derselben Gemeinschaft beziehungsweise Stammgemeinschaft angehören, in der die Daten erfasst wurden, oder nicht.

Das als «Zugangportal» bezeichnete Portal ermöglicht Gesundheitsfachpersonen, wie auch den Patient\*innen einen von Ort und Zeit unabhängigen und sicheren Zugriff auf die Dokumente des EPD. Über das Zugangportal der eigenen Stammgemeinschaft können zudem auch die Patient\*innen selber eigene Daten ihren Gesundheitsfachpersonen zugänglich machen, sowie die Zugriffsrechte auf ihr EPD verwalten und Protokolldaten einsehen. Diese Funktionen stehen in gleichem

Umfang auch Dritten zur Verfügung, sofern diese in der Rolle Stellvertretung der Patient\*in eingesetzt, resp. registriert werden.

Die zertifizierten Gemeinschaften und Stammgemeinschaften des EPD kommunizieren über sogenannte Zugangspunkte miteinander, und nutzen die zentralen Abfragedienste gem. Artikel 14 EPDG, welche die für die Kommunikation notwendigen Referenzdaten enthalten (z. B. erlaubte Metadaten, Verzeichnisdienste für Gesundheitsfachpersonen, etc.). Nur bei Stammgemeinschaften – im Gegensatz zu «normalen» Gemeinschaften – können EPDs eröffnet werden und nur sie führen die Systeme zur Berechtigungssteuerung.

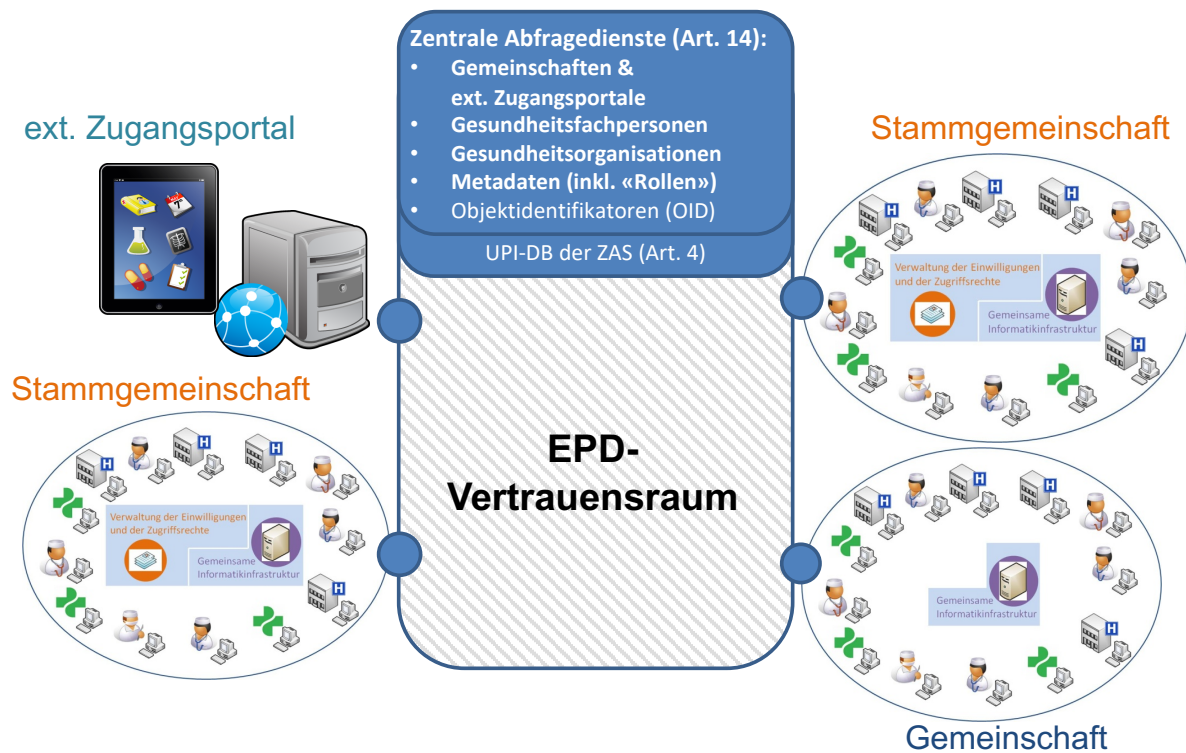


Abbildung 4: Schematische Darstellung des «EPD-Vertrauensraums» zwischen zertifizierten Gemeinschaften und Stammgemeinschaften, den zentralen Abfragediensten des Bundes und den gesetzlich vorgesehenen sogenannten externen Zugangsportalen, die jedoch nicht realisiert wurden.

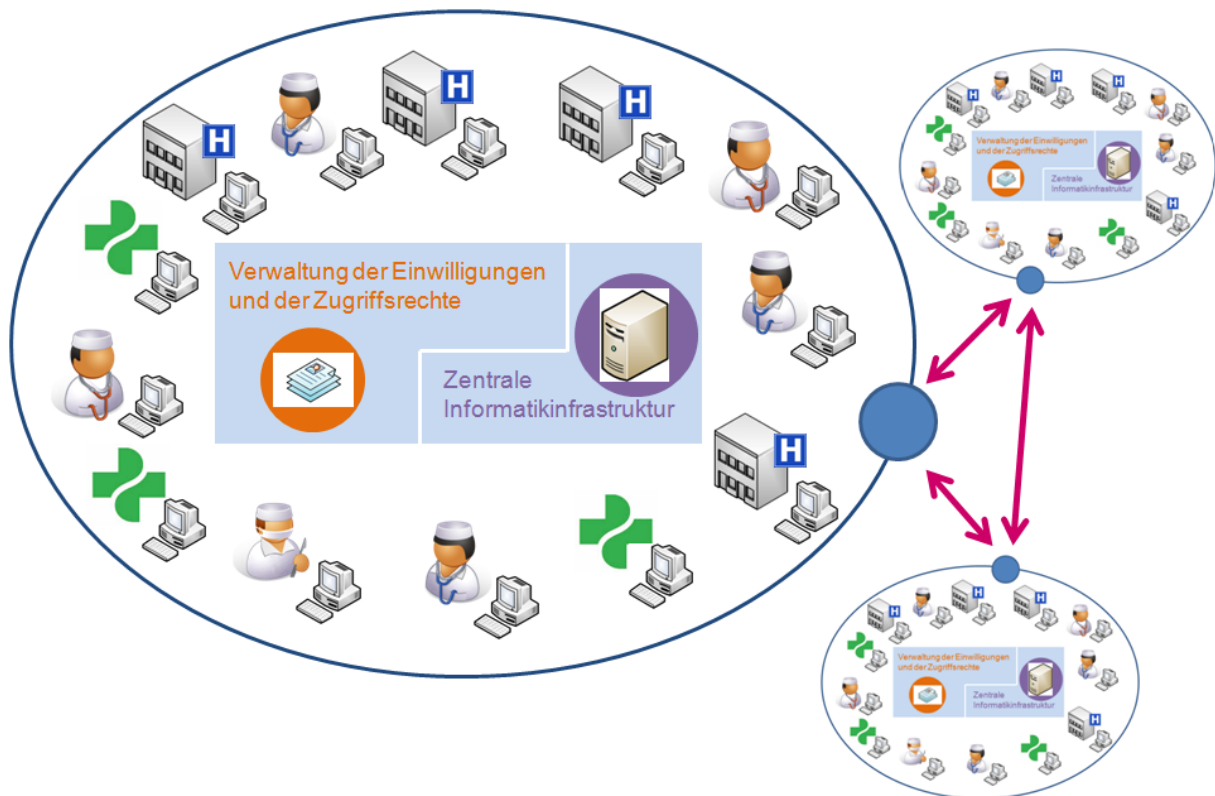


Abbildung 5: Schematische Detaildarstellung einer Stammgemeinschaft.

Weiterführende Erklärungen zu den Konzepten, Funktionen und dem technischen Aufbau des EPD finden sich auf den Seiten von eHealth-Suisse<sup>3</sup>, der Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen, sowie unter [www.patientendossier.ch](http://www.patientendossier.ch).

### 2.3 Zielsetzung und Fragestellungen

Zielsetzung des Mandats ist es, Lösungsmöglichkeiten für die Verbesserung des Informationsflusses der Gesundheitsdaten von im Rahmen der medizinischen Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden erstellten medizinischen Akten zu identifizieren und auf ihre rechtliche, organisatorische und technische Machbarkeit hin zu analysieren.

Im Vordergrund standen die nachfolgenden Fragestellungen:

- Ermöglichen die rechtlichen Rahmenbedingungen (insbes. des EPDG) die Etablierung und Nutzung des EPD nach EPDG durch die an der Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden beteiligten Akteure während dem Asylverfahren?
- Sind – unabhängig von der rechtlichen Anwendbarkeit/Machbarkeit – die technischen Konzepte des EPDG geeignet, die Informationsflüsse zu verbessern?
- Falls sich die rechtlichen Rahmenbedingungen des EPDG oder die technischen Konzepte als nicht anwendbar oder geeignet herausstellen: Unter welchen Bedingungen wäre eine EPDG konforme Umsetzung möglich, sinnvoll und geeignet? Explizit sind hier auch allfällige rechtliche Anpassungen sowie organisatorische und/oder betriebliche Anpassungen in Betracht zu ziehen und zu analysieren.
- Optional: Können Im Sinne eines – zu vertiefenden – Ausblicks alternative Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden?

<sup>3</sup> [www.e-health-suisse.ch](http://www.e-health-suisse.ch)

Die identifizierten und betrachteten Optionen, sollen strukturiert beurteilt und verglichen werden. Insbesondere zu berücksichtigen sind Kriterien für eine wirtschaftlich nachhaltige und einfache Umsetzung. Die Ergebnisse und allfällige Handlungsempfehlungen (z. B. Notwendigkeit von rechtlichen Anpassungen; Projektskizze für BAG/SEM) sollen in Form eines Berichtes zu Händen des BAG dokumentiert werden.

### 2.3.1 Hauptzielsetzung

Auf Basis der Analyse und des zu erstellenden Mandatsberichts wird klar, welche Handlungsoptionen bestehen, welche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen oder gegebenenfalls anzupassen sind und welche Verantwortlichkeiten den Akteuren zufallen (können).

### 2.3.2 Nebenzielsetzung

Die an einer möglichen Umsetzung beteiligten Akteure sind durch das Mandat für das Thema und eine allfällige Kooperation sensibilisiert. U. u. können in der Folge bereits gemeinsame Massnahmen – idealerweise als Initialisierung für eine Umsetzung – verabschiedet werden.

### 2.3.3 Fragestellungen zum IST-Prozess im Zusammenhang mit dem EPD

Im Vorfeld und für die Interviews und Workshops zur Analyse der IST-Situation wurden folgende Fragenkomplexe erarbeitet:

- Welche Art der Einwilligung durch AS wird benötigt? Kann diese auch widerrufen werden?
- Identifikation
  - Wie wird der AS identifiziert? Welchen Identifikationsnachweis/Ausweis bekommt der AS?
  - Besteht stets bereits eine AHVN13 oder kann ggf. eine AHVN13 als Voraussetzung für die Vergabe einer Patientenidentifikationsnummer nach EPDG vergeben werden?
- Durch welche Personen/Rollen auf welcher Staatsebene würde eine Datenbearbeitung im EPD erfolgen?
  - Welche Qualifikationen besitzen diese (GFP gem. EPDG)?
  - Welche Rollen kommen vor und wer beauftragt wen?
  - Wie hoch ist die Volatilität der relevanten/bearbeitenden Personengruppen?
- Wo fallen welche Informationen (Daten, Dokumente) an; wohin und wie werden diese bislang übermittelt?
- Welche Schnittstellen und Medienbrüche sind gegenwärtig zu berücksichtigen? Welche Probleme treten auf?
- Welche Berechtigungsanforderungen sind zu berücksichtigen (abgestuft, «alles oder nichts»)?
- Welche Arten der Kommunikation ist vorwiegend, oder ausschliessliche relevant?
  - Punkt-zu-Punkt?
  - *One-to-many*; gerichtet oder ungerichtet?
  - *Many-to-many* (shared); gerichtet oder ungerichtet?
- Beschaffung:
  - Wenn ein neues System aufgebaut/beschafft werden müsste, in wessen Zuständigkeiten würden die diesbezüglichen Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten (AKV) fallen?
  - Aus welchem Budget müsste eine solche Beschaffung gespeist werden?
- Motivation:
  - Wer/welche Organisation hat den grössten Handlungsbedarf/Anreiz für eine Optimierung der IST-Situation?

In den durchgeführten Interviews und Workshops konnten alle Fragen abschliessend geklärt und validiert werden. Diese Erkenntnisse sind in die Modellierung des IST-Zustands, sowie in die Ausarbeitung der SOLL-Lösung (insbes. die Variante mit EPD-Nutzung) eingeflossen.

## **2.4 Abgrenzung**

Im vorliegenden Bericht werden keine Umsetzungsplanung, detaillierte technische Lösungsbeschreibungen technische Spezifikationen/Architekturen oder vertiefte technische Abklärungen vorgenommen.

Ebenso werden in diesem Bericht keine detaillierten Analysen, Empfehlungen oder Sollzustände betreffend allfälligem Anpassungsbedarf in den bestehenden Aufbau- (Organisationsstrukturen) oder Ablaufstrukturen (Prozesse und Verfahren) ausgeführt, sofern diese überhaupt nötig sein sollten (vgl. Merkmale und Anforderungen des Idealzustands). Diese können nach einem Variantenentscheid in einem, den entsprechenden Lösungsansatz vertiefenden, Mandat erarbeitet werden.

## 3 Vorgehen/Methodik

### 3.1 Startsituation und Recherchen

An der Startsituation mit der Auftraggeberin (Salome von Greyerz; Abteilungsleiterin Gesundheitsstrategien) und dem Mandatsverantwortlichen (Serge Houmard; Co-Leiter der Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit) seitens BAG wurden die Fragestellungen, der Scope des Mandats, die Ziele und Überlegungen zur Vorgehensweise besprochen und festgelegt, welche im Rahmen des Mandats bearbeitet werden sollen.

Bis zum ersten Workshop zur Aufnahme der IST-Situation fand ein Literatur- und Dokumentenstudium sowie eine Einarbeitung in die dem Mandat zugrundeliegenden Rechtsgrundlagen statt.

### 3.2 Interview-Workshops SEM

Während zwei Workshop-Terminen mit der Projektleiterin (Annette Koller-Doser; SEM) wurde – nach einer kurzen Einführung in die rechtlichen Rahmenbedingungen und Grundzüge der Datenbearbeitung nach EPDG – die folgenden Fragestellungen bezüglich des IST-Zustandes erhoben:

- Beteiligte Akteure, deren Rollen und Informationsbedürfnisse;
- Prozessschritte, -abläufe und Entscheidungspunkte;
- Prozessrelevante Datentypen und Informationsflüsse, sowie Medienbrüche;
- Verfahrensbedingte Problemstellungen der beteiligten Akteure;
- Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der beteiligten Akteure und Staatsebenen.

Aufgrund der teils unklaren und heterogenen Gegebenheiten auf der kantonalen Ebene wurde ein Folgeworkshop zur Validierung der bisherigen Analyse, sowie zur Vertiefung der Abläufe auf kantonalen Ebene vereinbart und durchgeführt.

### 3.3 Validierungsworkshop mit Vertreterinnen der kantonalen Ebene

Für den dritten und letzten Validierungsworkshop (ebenfalls im SEM) konnten, neben der Projektleiterin SEM, zwei Vertreterinnen der kantonalen Ebene (Frau Angela Zumbrunn, Fachbereichsleiterin Migration SODK Generalsekretariat und Frau Martina Gerber, Dienststelle Asyl- und Flüchtlingswesen Kanton Luzern) gewonnen werden.

An diesem Termin konnte eine Vertiefung der Abläufe und Gegebenheiten auf der kantonalen Ebene (zumindest für LU und nach Kenntnis SODK) erreicht werden und die bisherigen Erkenntnisse zum IST-Zustand validiert werden.

Eine erste Diskussion und Validierung des sich abzeichnenden Zielzustands unter Einsatz des EPDs zur Verbesserung des Austauschs medizinischer Informationen war ebenfalls Teil des Workshops. Hier wurden gezielt kritische Voraussetzungen und Lösungsbausteine für die Anwendbarkeit des EPD ohne Revisionsbedarf geprüft und deren Erfüllbarkeit validiert.

### 3.4 Berichtserstellung und Validierung der Zwischenergebnisse mit der Auftraggeberin BAG und SEM

Für die Finalisierung des Berichts wurde dem BAG als Auftraggeberin ein Zwischenstand zum Review übergeben. Da die fachlich-inhaltliche Validierung der Analyse und der Lösungsvarianten im Vorfeld schon beim SEM erfolgte, wurde der finale Einbezug des SEM als optional betrachtet und der Entscheidung des BAG überlassen.

### 3.5 Finalisierung und Übergabe des Berichts an die Auftraggeberin BAG

Die Finalisierung und Übergabe des Berichts erfolgen nach Einarbeitung der Rückmeldungen der Auftraggeberin (BAG). Die Weitergabe des Berichts an das SEM und die allfällige Organisation einer gemeinsamen Sitzung mit den Mandatsnehmern obliegt dem BAG. Es ist vorgesehen, die finalen Erkenntnisse und Empfehlungen dem SEM und dem BAG im Rahmen einer gemeinsamen Diskussions- und Fragerunde zu präsentieren und über allfällige Folgeaktivitäten (Projektinitialisierung unter Federführung des SEM) zu beraten.

## 4 Ist-Zustand

Der Gesamtprozess der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden umspannt letztlich alle drei Staatsebenen und deren jeweilige Zuständigkeiten:

1. Bund
2. Kantone
3. Gemeinden

Auf jeder Ebene sind privatwirtschaftliche Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung, teilweise im direkten Auftrag der staatlichen Organe, involviert, die untereinander behandlungsrelevante Daten der Asylsuchenden austauschen. Auf Ebene Kanton sind zudem Kantonsärzt\*innen involviert.

Die Prozesse auf Ebene Kantone und Gemeinden - im Gegensatz zu den Prozessen auf Ebene Bund - sind nicht einheitlich und weisen zum Teil grosse kantonale Unterschiede auf. Auf Ebene der Gemeinden konnte keine IST Analyse vorgenommen werden. Die Situation ist nochmals heterogener, aber für den Anwendungsfall der medizinischen Versorgung im Rahmen der staatlichen Zuständigkeiten von Bund und Kantonen weniger relevant, da mit Austritt aus der kantonalen Obhut in der Regel der Eingang in die normale obligatorische Grundversicherung erfolgt und somit nicht mehr unter der staatlichen Fürsorge des Asylverfahrens unterliegt.

Für die Analyse der Ist-Situation konnte aufgrund der Rahmenbedingungen die kantonalen Unterschiede nicht im Einzelnen aufgenommen werden, daher wird im Folgenden der Schwerpunkt auf die Prozesse auf Bundesebene gelegt. Um eine vollständige Übersicht über die aktuellen Prozesse zu erhalten, müssten die Prozesse in vielen Kantonen untersucht werden. Im Rahmen der vorliegenden Analyse ist das nicht möglich gewesen.

Zusätzlich zu den in den Workshops erhobenen Informationen wurden vor allem folgende Quellen herangezogen:

- **«Gesundheitsversorgung für Asylsuchende (Bericht zuhanden des BAG)»; 2017; Interface & evaluanda i.A. des BAG**  
Ein Konzept im Auftrag des BAG, SEM und den involvierten kantonalen Stellen zum Schutz der Asylsuchenden und der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten.
- **«Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen»; 2018; Interface i.A. des BAG**  
In Bezug auf den Austausch der medizinischen Informationen wird im Bericht von Anfang an (auf Ebene der Bundeszentren) die Einführung einer Krankenakte empfohlen, insbesondere sei zu überprüfen, ob ein solches Dossier in elektronischer Form geführt werden

könne. Hierbei wird auf die Erfahrungen des Testbetriebs Zürich als Vorlage verwiesen.<sup>4</sup>

- «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone»; Version vom 30.10.2017; BAG, SEM  
Konzept zur Sicherstellung der Erkennung, Behandlung und Verhütung von übertragbaren Krankheiten sowie des Zugangs zur notwendigen Gesundheitsversorgung
- «Leitfaden: Medizinische Abklärung im BAZ»; Version V04 gültig ab 01.03.2019; SEM.  
Basierend auf dem Konzept «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone» sind in diesem Leitfaden die Abläufe und Prozesse in den BAZ beschrieben.
- «Prozessbeschreibung: Medizinische Abklärungen in den Bundesasylzentren»; Version V02 gültig ab 01.03.2019; SEM  
Detaillierte Beschreibung der einzelnen Prozessschritte für die Pflegefachpersonen vom Eintritt des Asylsuchenden (AS) bis zum Austritt.

#### 4.1 Informationsfluss und Zusammenarbeit zwischen Bund, Kanton und Gemeinde

Die folgende Darstellung gibt einen groben schematischen Überblick über die Abläufe, wie sie sich in erster Näherung aus den Workshops zum IST-Zustand dargestellt haben:

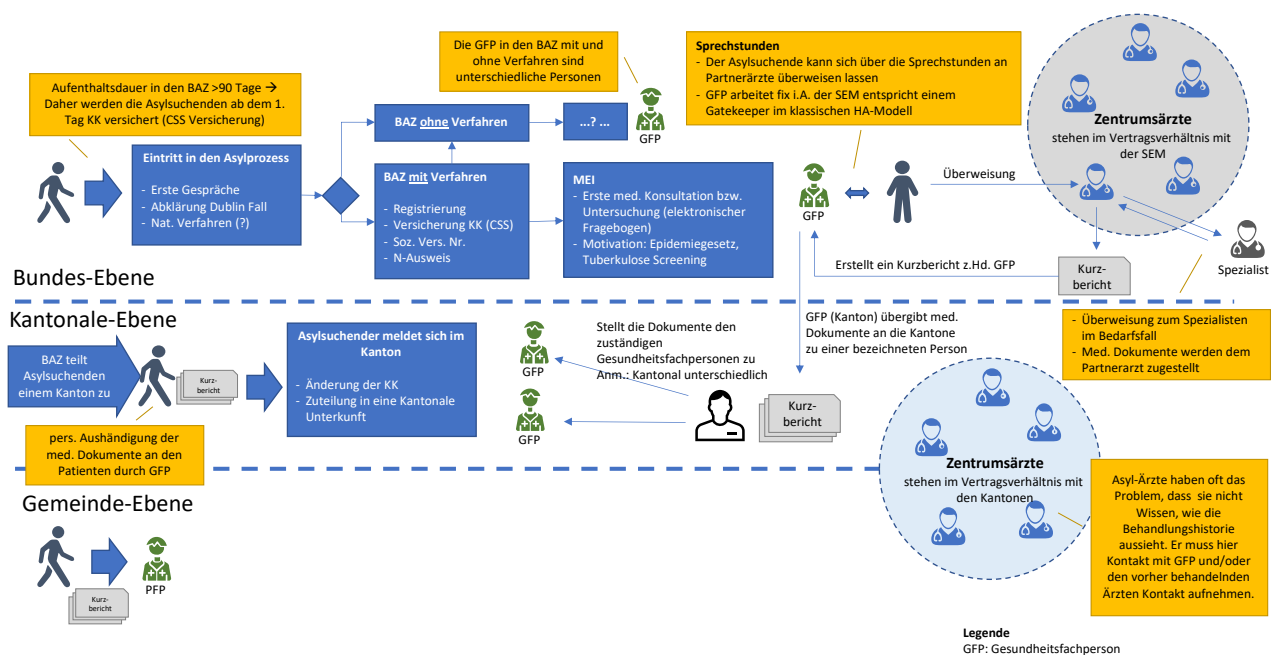


Abbildung 6: Vereinfachte Übersicht über die Zusammenarbeit der drei Staatsebenen

<sup>4</sup> Für den vorliegenden Bericht konnte der Testbetrieb nicht genauer untersucht werden.



## 4.2 Anspruchsgruppen und Akteure

Der betrachtete Prozess und Informationsfluss tangiert folgende Anspruchsgruppen und involviert folgende Personengruppen:

Name	Interesse/Aufgabe
Asylsuchende(r) (AS)	<p>Der Asylsuchende ist im Kontext der medizinischen Versorgung an seiner med. Versorgung interessiert und muss sich hierzu an die vorgeschriebenen Abläufe halten, analog den Regeln einer Krankenversicherung für alternative Versicherungsmodelle, wie z.B. des Hausarztmodells.</p> <p>Wichtig: Asylsuchende können auch im jetzigen (papierbasierten) Prozess und ohne EPD-Einsatz grundsätzlich jederzeit die ihnen zustehenden Rechte der informationellen Selbstbestimmung bezüglich der besonders schützenswerten medizinischen Daten gem. Art 13 BV und Art. 4 Abs. 5 und Art. 5 Abs. 2 DSGVO ausüben. Insbesondere können sie für medizinische Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Einwilligung zur Bearbeitung verweigern, resp. jederzeit wieder entziehen (Art. 4 DSGVO);</li> <li>- Einsicht in die vorliegenden Daten verlangen (Art. 8 DSGVO);</li> <li>- die Korrektur von falschen Daten verlangen (Art. 5 DSGVO);</li> <li>- die Löschung von Daten verlangen (Art. 25 Abs. 3 DSGVO).</li> </ul> <p>Dies sei erwähnt, da genau all diese Möglichkeiten den Patient*innen gem. EPDG unmittelbar und direkt über ihren EPD-Zugang zugänglich sind und direkt ausgeübt werden können. In der Praxis ist dies jedoch i. d. R. genauso wenig zu erwarten wie ohne Einsatz des EPD.</p>
SEM-Admin	Rechnungskontrolle (Formular «F1: Formular für die Meldung medizinischer Fälle an BAZ zur Rechnungskontrolle»)
Betreuungsdienst	In Abwesenheit der Pflegefachperson werden durch den Betreuungsdienst die Formulare «F1: Formular für die Meldung medizinischer Fälle an BAZ zur Rechnungskontrolle» und «F2: Formular für die Zuweisung zur medizinischen Abklärung» ausgefüllt.
Pflegefachpersonen (Medic-Help)	<p>Die Pflegefachpersonen sind in den Bundes-Asylzentren (BAZ) die ersten Ansprechpersonen für alle gesundheitlichen Probleme der Asylsuchenden, entweder im Rahmen der Erstkonsultation oder zu irgendeinem Zeitpunkt während des Aufenthaltes in einem BAZ.</p> <p>Sie bieten täglich Sprechstunden an und sichern den koordinierten Zugang zur med. Gesundheitsversorgung bei primären oder sekundären Leistungserbringern.</p> <p>Sie triagieren die Asylsuchenden nach Dringlichkeit und übernehmen die erste Gatekeeper-funktion an der Schnittstelle zu den primären ärztlichen Ansprechpartnern, den sogenannten Zentrums- oder Partnerärzten.</p> <p>Anm.: Medic-Help führt ein medizinisches Dossier (einschliesslich MEK-Fragebogen) für die AS, ergänzt laufend mit aktuellen Arztberichten, Kopie des Impfausweises, etc. und füllt vor dem Transfer in den Kanton das</p>

	<p>Medic-Help Austrittsblatt mit den wichtigsten aktuellen Informationen aus, wie z. B. Diagnosen, Therapien, Medikation, Impfungen, etc.</p>
Zentrums- oder Partnerärzte	<p>In der Regel ärztliche Grundversorger wie Allgemeinärzte, Internisten, oder Pädiater. Zentrumsärzte übernehmen die 2. Gatekeeper Funktion an der Schnittstelle zu Fachärzten und zu den Spitälern.</p> <p>Die Zentrumsärzte stehen im Vertragsverhältnis mit dem SEM und könnten über den Leistungsauftrag auch zur EPD-Nutzung, resp. dem Beitritt zu einer Stammgemeinschaft verpflichtet werden.</p>
Rechtsvertreter	<p>Während des gesamten Asylverfahrens ist den Asylsuchenden ein Rechtsvertreter zugewiesen.</p> <p>Rechtsvertreter hat (nach Einwilligung durch den AS) Einsicht in die medizinische Dokumentation.</p> <p>Anm.: Nach jeder Arztkonsultation geht eine Kopie des Arztberichtes auch an die Rechtsvertretung des AS. Dieser beurteilt den Arztbericht hinsichtlich der Relevanz für das Asylverfahren (d. h. für Verfahrensfragen; nicht für die medizinische Behandlung) und leitet diesen, wenn nötig an das SEM weiter.</p>
Sekundärversorger	<p>Im Bedarfsfall werden die Patienten durch die Zentrumsärzte an Spezialisten oder Spitäler überwiesen.</p> <p>Dies stehen nicht in einem Vertragsverhältnis mit dem SEM oder den Kantonen und sind - im Fall von ambulant tätigen Leistungserbringern - nicht der Anschlusspflicht ans EPD gem. KVG Art. 39 Abs. 1 Bst. f unterworfen. Für ambulante Sekundärversorger kann daher keine EPD-Nutzung vorausgesetzt werden. In der Konsequenz sind hier beim Einsatz des EPD Medienbrüche vorderhand nicht vermeidbar.</p>

### 4.3 Medizinische Abläufe in den Bundesasylzentren (IST-Situation)

#### 4.3.1 Einleitung

Im Asylverfahren werden die Asylsuchenden (AS) vorerst in einem Bundesasylzentrum mit Verfahrensfunktion (BAZ m. V.) untergebracht, wo die Registrierung des Asylgesuchs und die Anhörung zu den Asylgründen durchgeführt werden. Während des gesamten Asylverfahrens ist den Asylsuchenden ein Rechtsvertreter zugewiesen, der nach Einwilligung durch die AS auch Kopien der medizinischen Abklärungen durch Partnerärzte (Primärversorger) oder nachgelagerte Sekundärversorger erhält.

Das Staatssekretariat für Migration betreibt heute insgesamt sechs Bundesasylzentren mit Verfahren (BAZ m. V.) und neun Bundesasylzentren ohne Verfahren (BAZ o. V.), wobei die Anzahl Bundesasylzentren<sup>5</sup> je nach Bedarf variiert und immer wieder der aktuellen Situation angepasst wird.

<sup>5</sup> Mit Inkraftsetzung der Asylgesetzrevision im Jahr 2019 änderte die Terminologie für die Bezeichnung der Asylunterkünfte des Bundes. Es wird neu von Bundesasylzentren mit Verfahren (BAZ m. V.) und Bundesasylzentren ohne Verfahren (BAZ o. V.) gesprochen.

#### 4.3.2 Ablauf der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden

Asylsuchende (AS) unterstehen der Versicherungspflicht und haben damit Anspruch auf medizinische Leistungen gemäss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG). Ihr Wohnsitz entspricht ihrem Aufenthaltsort und damit dem ihnen zugeteilten BAZ. Die Versicherung muss spätestens bis zum 90. Tag nach Einreise (üblicherweise nach dem ersten Tag), respektive Registrierung in einem BAZ abgeschlossen sein und gilt dann rückwirkend.

Das SEM ist verpflichtet für die in den BAZ registrierten und wohnhaften AS den Zugang zur Gesundheitsversorgung (EpG und AsylG und entsprechende Verordnungen) sicherzustellen. Für die Koordination dieser Aufgabe sind in allen BAZ von der SEM mit der Betreuung beauftragten<sup>6</sup> Organisation («Medic-Help») Pflegefachpersonen angestellt. Sie bieten regelmässig Sprechstunden an, koordinieren die Arzttermine, führen das medizinische Dossier der AS und stellen im BAZ die Pflege der AS sicher.

Zum weiteren Aufgabenbereich der Pflegefachpersonen gehören die Durchführung der für alle AS obligatorischen Medizinischen Eintrittsinformation (MEI) und Durchführung der Medizinischen Erstkonsultation (MEK) unter Voraussetzung des Einverständnisses des AS. Die Pflegefachpersonen treten in den BAZ einheitlich unter der Bezeichnung *Medic-Help* auf.

Die Pflegefachpersonen von Medic-Help übernehmen eine erste Gatekeepingfunktion an der Schnittstelle zur medizinischen Regelversorgung, primär zu den Partnerärzten der BAZ. Dadurch können die Regelstrukturen der medizinischen Versorgung koordiniert angegangen und vor Überlastung geschützt werden. Die Partnerärzte übernehmen ihrerseits ebenfalls eine Schnittstellen- und Gatekeepingfunktion, hin zu den Spitälern und Spezialisten bzw. Sekundärversorgern.

Die medizinische Grundversorgung der AS wird durch die Partnerärzte und weitere ärztliche Leistungserbringer wahrgenommen. Partnerärzte sind Ärzte mit Praxistätigkeit und Weiterbildungstitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin und neu Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie praktische Ärzt\*in. Jedes BAZ arbeitet mit mindestens einem Partnerarzt/einer Partnerpraxis zusammen und hat entsprechende Leistungsverträge abgeschlossen<sup>7</sup>.

Essenziell für Medic-Help ist, dass sie nach ärztlichen Konsultationen in Form eines kurzen schriftlichen Arztberichtes eine Rückmeldung erhalten, um die Behandlungskontinuität zu gewährleisten, wenn nötig Folgetermine zu organisieren und auch um das medizinische Dossier zu führen.

Die medizinische Eintrittsinformation (MEI) ist obligatorisch und wird individuell durch die Pflegefachperson durchgeführt;

Die medizinische Erstkonsultation (MEK) ist freiwillig und ein Hilfsmittel für die Triagierung und zur Früherkennung von gesundheitlichen Problemen einschliesslich übertragbarer Krankheiten.

Im Rahmen der medizinischen Abklärungen sind folgende Tätigkeiten für den Informationsfluss zwischen Pflegefachpersonal, Ärzten und der Rechtsvertretung von Bedeutung:

- Rückmeldung des Arztberichtes bzw. medizinischen Daten von der Ärzt\*in an Pflegefachpersonen von Medic-Help<sup>8</sup> im BAZ erfolgt mittels eines ärztlichen Kurzberichtes, entweder auf

---

<sup>6</sup> Über die Leistungsverträge, resp. Ausschreibungen können Vorgaben, z. B. zur Nutzung des EPDs durchgesetzt werden.

<sup>7</sup> Über diese Leistungsverträge, resp. Ausschreibungen für Partnerärzte können Vorgaben, z. B. zur Nutzung des EPDs durchgesetzt werden.

<sup>8</sup> Die Pflegefachpersonen treten in den BAZ einheitlich unter der Bezeichnung Medic-Help auf.

- dem Zuweisungsformular (F2-Formular<sup>9</sup>) oder auf eigenem Formular (z.B. Ausdruck aus eigenem Praxisinformationssystem), gut leserlich, wenn möglich «maschinengeschrieben».
- Nach einer Spitalkonsultation oder nach Spitalaufenthalt informiert das Spital die Pflegefachperson im BAZ über Entlassung/ Rückkehr des AS ins BAZ und schickt einen Kurzaustrittsbericht oder gibt diesen dem AS mit.
  - Die Pflegefachperson im BAZ legt den Arztbericht im Medizinischen Dossier des AS ab und stellt damit sicher, dass die Informationen nicht verloren gehen und die Behandlungskontinuität nach Transfer des AS in ein anderes BAZ oder in den Kanton sichergestellt ist.
  - Einbindung der Rechtsvertretung: Der Partnerarzt stellt der Rechtsvertretung des AS nach jeder Konsultation eine Kopie des Arztberichtes zu.

#### 4.3.3 BPNM Diagramm des IST-Ablaufs mit Fokus auf die medizinischen Dokumente

Aus den Interviews und Workshops konnte nachfolgender detaillierter Prozess-Ablauf auf Ebene Bund (SEM/BAZ) modelliert werden:

---

<sup>9</sup> Beim Formular F2 handelt es sich um ein medizinisches Zuweisungsschreiben («Formular für die Zuweisung zur medizinischen Abklärung»), welches von der Pflegefachperson ausgefüllt wird, in deren Abwesenheit vom Betreuungsdienst und in dessen Abwesenheit vom Sicherheitsdienstleister.

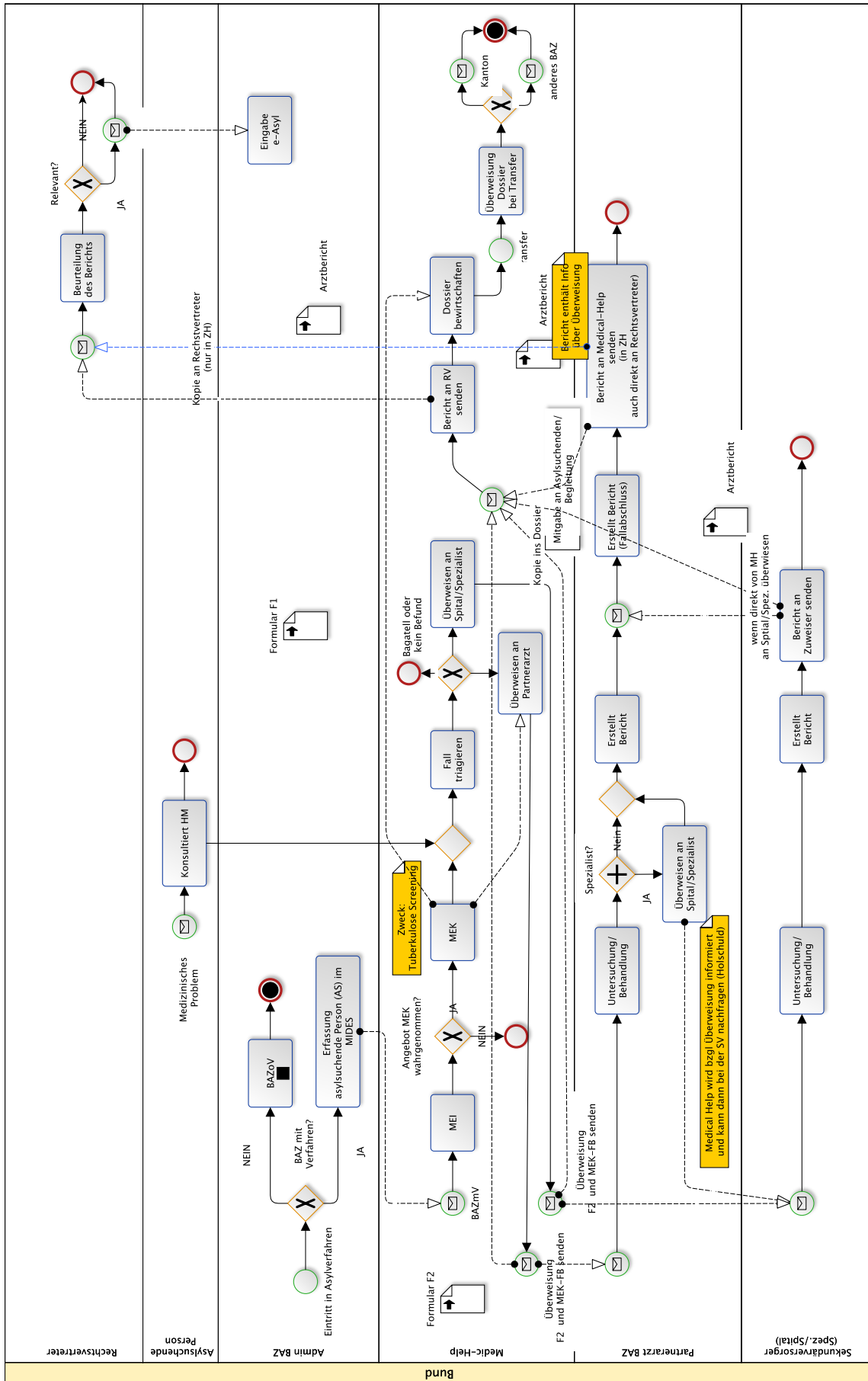


Abbildung 7: Detaillierter Prozessablauf Ebene Bund

#### 4.3.4 Medizinisches Dossier

Die Pflegefachpersonen oder Admin Pflege führt das medizinische Dossier. Dieses besteht aus MEK-Fragebogen, Arztberichten, Röntgen, Labor, Kopie des Impfausweises, allenfalls internen Verlaufsblättern. Bei Transfer in den Kanton wird das Austrittsblatt Medic-Help ausgefüllt, auf welchem die wichtigsten medizinischen Informationen übersichtlich zusammengestellt sind (aktuelle Diagnosen, aktuelle Medikation, vorgesehene weiterführende Abklärungen, etc.). Die Ablage erfolgt in Papierversion oder elektronisch auf einem passwortgeschütztem Wechseldatenträger (z. B. USB-Stick).

Das medizinische Dossier wird maximal fünf Jahre archiviert (das unterscheidet sich von der 20 mind. jährigen Aufbewahrungsfrist für Dokumente des EPD). Die originalen Arztberichte befinden sich wie sonst auch in der Krankengeschichte (KG) der Patienten beim jeweiligen Partnerarzt und unterliegen den für sie anwendbaren Aufbewahrungsfristen (kantonal geregelt und u. U. unterschiedlich). Das bisherige medizinische Dossier wird bei Austritt des Asylsuchenden in Papierform (oder teilweise auf verschlüsselten Speichermedien) an die künftig verantwortlichen Stellen weitergeleitet. Dazu hat jeder Kanton eine Stelle gemeldet, an welche die Daten postalisch übermittelt werden. Diese Stelle ist dann verantwortlich, die Gesundheitsakten an den künftigen Aufenthaltsort des Asylsuchenden im Kanton weiterzuleiten (siehe Kap.4.4).

#### 4.3.5 Einwilligung der asylsuchenden Person zur Bearbeitung und Weiterleitung medizinischer Akten

Diese Zusammenarbeit setzt voraus, dass der AS mittels Einwilligungserklärung die Ärzt\*in und die Pflegefachperson für die obigen Tätigkeiten von der Schweigepflicht entbunden hat.

Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der in den BAZ wohnhaften AS muss der AS

- die Ärzt\*in von der Schweigepflicht entbinden, damit dieser Arztbericht an die vom SEM mit der Betreuung und Sicherstellung der Gesundheitsversorgung beauftragten Personen weiterleiten darf und
- die mit der Betreuung und Gesundheitsversorgung beauftragte Person ermächtigen, Arztberichte bei Transfer in den Kanton an die designierten Stellen weiterzuleiten.

Damit der medizinische Sachverhalt im Asyl- und Wegweisungsverfahren festgestellt werden kann, muss der AS

- die Ärzt\*in von der Schweigepflicht entbinden, um Arztberichte dem zugeteilten Rechtsvertreter zu schicken,
- die Ärzt\*in von der Schweigepflicht entbinden um Arztberichte an das SEM (oder an das Bundesverwaltungsgericht) weiterzuleiten, wenn es solche einfordert und
- das SEM ermächtigen medizinische Akten an die mit dem Vollzug beauftragte Behörde (z.B. kantonales Migrationsamt) oder «Dublin-Staaten» weiterzuleiten, falls die Schweiz nicht für die Prüfung des Asylgesuchs zuständig ist.

Die Einwilligungserklärung wird dem AS im Erstgespräch von der Rechtsvertretung vorgelegt.

#### 4.3.6 Versand medizinischer Daten

Bei den medizinischen Daten handelt es sich um sensible und gem. DSG «besonders schützenswerte» Personendaten. Im Schweizer Gesundheitswesen ist die sog. «HIN-Mail» der Health Info Net

AG<sup>10</sup> ein weitverbreitetes Produkt für den verschlüsselten und somit sicheren und datenschutzkonformen Austausch von elektronischen Informationen. Der elektronische Datenaustausch per E-Mail zwischen den Leistungserbringern und dem SEM/Medic-Help erfolgt deshalb immer verschlüsselt über HIN.

Medic-Help verfügt in allen BAZ über einen HIN-Account und entsprechend eine HIN-Sammeladresse.

Auch der Mail-Versand von Arztberichten an die Rechtsvertretung muss verschlüsselt erfolgen. Entsprechend verfügt auch die Rechtsvertretung über die Möglichkeit, die Arztberichte von Partnerärzten und/oder Medic-Help verschlüsselt empfangen zu können, vorzugsweise ebenfalls über HIN-Mail.

Zudem verfügt auch der sog. SEM-Admin über einen HIN-Account um insbesondere den sicheren Austausch der Arztberichte zwischen SEM und Rechtsvertretung sowie der Altersgutachten zur Altersschätzung nach dem 3-Säulen-Modell zwischen SEM und den rechtsmedizinischen Instituten zu gewährleisten.

#### **4.3.7 Einreichen von Arztberichten durch Rechtsvertretung**

Um sicherzustellen, dass dem SEM sämtliche für das Asyl- und Wegweisungsverfahren relevante medizinische Sachverhalte vorliegen, schickt der Partnerarzt eine Kopie des Arztberichtes an die Rechtsvertretung. Je nach Organisation im BAZ kann dies an Medic-Help delegiert werden, insbesondere, wenn es sich um Arztberichte handelt von einer Ärzt\*in, mit welchem keine schriftliche Vereinbarung vorliegt und damit der Versand der Arztberichte an die Rechtsvertretung nicht geregelt ist.

Die Rechtsvertretung entscheidet zusammen mit dem Gesuchsteller, ob ein solcher Bericht als möglicher verfahrensrelevanter medizinischer Sachbestand dem SEM eingereicht werden soll.

Diese Berichte werden von der Rechtsvertretung nicht aktiv eingeholt, d.h. die Rechtsvertretung kann die AS nicht selbst bei Medic-Help oder den ärztlichen Partnern anmelden, sondern lediglich den AS motivieren Medic-Help aufzusuchen.

#### **4.3.8 Aktives Einholen medizinischer Berichte durch das SEM**

Das SEM hat zudem die Möglichkeit selbst Arztberichte beim Vertrauensarzt, welcher in der Regel der Partnerarzt ist, einzuholen. Diese Berichte werden von der Ärzt\*in nicht über Tarmed<sup>11</sup> abgerechnet, sondern dem SEM gemäss vereinbarten Tarifen (Zusammenarbeitsvereinbarung) in Rechnung gestellt.

#### **4.3.9 Vorbestehende medizinische Unterlagen**

Medizinische Akten des AS, welche vor dem Aufenthalt im BAZ entstanden sind, gehen an die asylsuchende Person zurück. Hat es darunter medizinische Akten, die als verfahrensrelevante Beweismittel dienen könnten, so wird je eine mit Stempel des SEM zertifizierte Kopie der Akten im Asyl-Dossier abgelegt.

---

<sup>10</sup> Die Health Info Net AG (HIN) wurde 1996 auf Initiative von FMH (Mehrheitsaktionärin) und Ärztekasse gegründet. Weitere Aktionäre sind die Ärztekasse, Ärztegesellschaften und die ofac. Die HIN ist inzwischen auch zertifiziert für die Herausgabe von Identifikationsmitteln gem. EPDG und bietet somit die für den EPD-Zugang benötigten starken Authentifizierungsmittel für GFP an.

<sup>11</sup> Der Tarmed ist der Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz. Der Tarmed gilt für alle ambulanten ärztlichen Behandlungen in Arztpraxen und Spitälern.

#### 4.4 Informationsfluss bei Wechsel der AS in kantonale Obhut

Für den Asylsuchenden steht im Asyl-Prozess in der Regel nach einer bestimmten Zeit der Übertritt vom Bund zu Kanton an<sup>12</sup>. Der Kanton erhält in jedem Fall ein medizinisches Dossier des ihm überstellten Asylsuchenden. Dieses enthält die Resultate der Erstkonsultation bzw. gegebenenfalls die Meldung, dass eine solche Konsultation verweigert wurde oder nicht stattgefunden hat.

Die Übermittlung der medizinischen Dossiers und die Meldung von Medizinalfällen erfolgt gemäss den bereits bestehenden Vereinbarungen mit der SODK (Schreiben der SODK vom 4. Oktober 2012), wenn möglich per HIN Secure-Mail, ansonsten auch per Fax, an die von den Kantonen gemeldeten kantonalen Empfängern medizinischer Informationen. Der Empfänger ist dann verantwortlich für die Weitergabe des Dossiers.

Vor dem Transfer werden Asylsuchende im Kanton angekündigt (Formular: «Vorankündigung einer asylsuchenden Person»); Spezialfälle in der Regel drei Tage vor Transfer, alle anderen Fälle am Vortag. Ein Spezialfall liegt vor, wenn für die Unterbringung relevante Gesundheitsprobleme oder spezielle Bedürfnisse vorliegen.

Für Asylsuchende muss auf kantonaler Ebene eine neue Krankenversicherung abgeschlossen werden; die CSS als Versicherer ist primär nur für die Zeit in den Bundeszentren zuständig.

Da sich die Prozesse für die medizinische Versorgung nicht wesentlich von der auf Bundesebene unterscheiden, im Detail aber kantonale Unterschiede aufweisen, wird auf eine detaillierte Dokumentation und Modellierung der Prozessabläufe auf kantonaler Ebene verzichtet.

#### 4.5 Medizinische Informationsobjekte (Daten, Dokumente)

Objekt	Beschreibung
F1: Formular für die Meldung medizinischer Fälle an BAZ zur Rechnungskontrolle	Das Formular F1 dient dem SEM zur Rechnungskontrolle: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Das Formular F1 wird für jede Neubehandlung ausgefüllt (durch Pflegefachperson/Betreuung) und bei Rechnungskontrolle durch SEM direkt der SEM-Admin oder bei Rechnungskontrolle durch Pflege erst nach erfolgter Kontrolle zusammen mit der Rechnung der SEM-Admin zugestellt.</li> </ul>

<sup>12</sup> Es gibt auch den Fall, dass AS in ein anderes BAZ transferiert werden können



Objekt	Beschreibung
F2: Formular für die Zuweisung zur medizinischen Abklärung	<p>Das Formular F2 (siehe mitgeltende Dokumente) wird von der Pflegefachperson ausgefüllt, in deren Abwesenheit vom Betreuungsdienst und in dessen Abwesenheit vom Sicherheitsdienstleister.</p> <p>Aufgaben Pflegefachperson/Betreuung/Sicherheit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausfüllen F2 bei Zuweisung zu Ärzt*in/Spital (ausser bei Hausbesuchen durch die Ärzt*in)</li> <li>- Das Formular wird entweder der Ärzt*in per HIN-Mail (verschlüsselt) zugestellt oder dem AS oder wenn der Arztbesuch begleitet ist der begleitenden Person mitgegeben.</li> <li>- Nach Rückkehr des AS ins BAZ: pflegerische Versorgung des AS gemäss ärztlicher Anweisung auf F2 oder ärztlichem Kurzbericht</li> <li>- Ablage von F2 in medizinischem Dossier</li> <li>- Wenn nötig Information an SEM</li> <li>- Allenfalls Organisation Folgetermine</li> </ul> <p>Aufgaben behandelnde Ärzt*in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die behandelnde Ärzt*in schickt einen ärztlichen Kurzbericht (entweder auf F2 oder auf eigener Vorlage) an Medic-Help zurück, per HIN-Mail, an die auf dem Formular vermerkte, HIN-Mail-Adresse.</li> <li>- Eine Kopie des Arztberichtes geht an die Rechtsvertretung des Asylsuchenden: Entweder durch Partnerarzt oder über Medic-Help</li> </ul>
F3: Auftragsformular für die Anforderung eines Berichtes für die medizinische Sachverhaltsabklärung	<p>Medic-Help unterstützt das SEM in den administrativen Abläufen, wobei die Auftragserteilung über das Formular F3 erfolgt:</p> <p>Der Fachspezialist Verfahren füllt das F3 aus, leitet dieses über Admin-SEM/FS P&amp;A an die Pflege weiter (FS Verfahren → Admin-SEM/FS P&amp;A → Pflege). Eine Kopie des F3 wird im Asyl-Dossier abgelegt. Eine Kopie des F3 bleibt zwecks Kontrolle bis zur Rechnungsstellung bei SEM Admin.</p>
F4: Formular Ausführlicher Arztbericht	<p>Das SEM hat die Möglichkeit Arztberichte beim Vertrauensarzt, welcher in der Regel der Partnerarzt ist, einzuholen. Diese Berichte werden von der Ärzt*in nicht über Tarmed abgerechnet, sondern dem SEM gemäss vereinbarten Tarifen (Zusammenarbeitsvereinbarung) in Rechnung gestellt.</p> <p>Medic-Help leitet das Formular F3 zusammen mit dem Formular F4 (Formular Ausführlicher Arztbericht - siehe mitgeltende Dokumente) dem Vertrauensarzt weiter und stellt sicher, dass der Ärztliche Bericht innerhalb der angegebenen Frist eingeht und leitet diesen danach an das SEM Admin weiter: Der Bericht geht an FS Verfahren (zur Ablage im Asyl-Dossier).</p>

Objekt	Beschreibung
Medizinisches Dossier	<p>Die Pflegefachpersonen oder Admin Pflege führt das medizinische Dossier. Dieses besteht aus MEK-Fragebogen, Arztberichten, Röntgen, Labor, Kopie des Impfausweises, allenfalls internen Verlaufsblättern. Bei Transfer in den Kanton wird das Austrittsblatt Medic-Help ausgefüllt, auf welchem die wichtigsten medizinischen Informationen übersichtlich zusammengestellt sind (aktuellen Diagnosen, aktuelle Medikation, vorgesehene weiterführende Abklärungen, etc.).</p> <p>Die Ablage erfolgt in Papierversion oder elektronisch auf passwortgeschütztem Laufwerk.</p> <p>Das medizinische Dossier wird maximal fünf Jahre archiviert. Die originalen Arztberichte befinden sich beim Partnerarzt.</p>
Austrittsblatt Medic-Help	<p>Bei Transfer in den Kanton wird das Austrittsblatt Medic-Help ausgefüllt, auf welchem die wichtigsten medizinischen Informationen übersichtlich zusammengestellt sind (aktuellen Diagnosen, aktuelle Medikation, vorgesehene weiterführende Abklärungen, etc.)</p>
Einwilligungserklärung Einsicht medizinische Akten	<p>Diese Zusammenarbeit setzt voraus, dass der AS mittels Einwilligungserklärung die Ärzt*in und die Pflegefachperson für die obigen Tätigkeiten von der Schweigepflicht entbunden hat.</p> <p>Je nach Absprache mit dem Partnerarzt wird die unterschriebene Einwilligungserklärung jeweils vorgelegt oder nur bei Medic-Help abgelegt, und es gilt der Grundsatz, dass wenn keine andere Information vorliegt davon ausgegangen werden kann, dass die Einwilligungserklärung unterschrieben wurde.</p>

## 5 Soll-Zustand

Bevor mögliche Lösungsvarianten entwickelt und eine vergleichende Analyse der Varianten erfolgen kann, sollten die Ziele, Merkmale und Kriterien für die Entwicklung und Bewertung festgestellt werden. Allgemein sollte jede in Frage kommende Lösungsvariante wirksam zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sein.

Die folgenden Anforderungen sind dabei als Merkmale eines Idealzustandes innerhalb geltender und nicht veränderlicher Rahmenbedingungen zu verstehen. Für die Analyse und Bewertung der Lösungsvarianten sollen diese – unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit – möglichst weitgehend, aber nicht notwendigerweise vollständig, erfüllt, resp. erreicht werden.

### 5.1 Merkmale und Anforderungen des Idealzustands

Eine Ideallösung sollte möglichst viele der folgenden Geschäfts-Ziele erfüllen:

- Z1. **Kompatibel** zu den bisherigen Prozessen und Verantwortlichkeiten auf den Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden sein und organisatorische Anpassungen minimieren.
- Z2. Gesetzlich festgelegte **Zuständigkeiten** und Abläufe sollten nach Möglichkeit **beibehalten** werden und müssen dies, sofern sie rechtlich festgelegt sind.
- Z3. die **Persönlichkeitsrechte**, insbesondere das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Asylsuchenden **wahren**.
- Z4. das **EPD als Bestandteil der Lösung** vorsehen, da die Zwecke des EPD auch für asylsuchende Patient\*innen erstrebenswert sind<sup>13</sup>.
- Z5. vorhandene **Medienbrüche**, im medizinischen Informationsfluss **reduzieren** oder sogar eliminieren.
- Z6. eine **Anpassung geltender Bestimmungen** (hier vorderhand zum EPDG) – schon aus Zeitgründen – möglichst **vermeiden**<sup>14</sup>.
- Z7. für die betroffenen Akteure möglichst **kostengünstig** in der Umsetzung sein. Kosten sollten zudem nur dort anfallen, wo auch entsprechende Mittel sowie ein entsprechender Nutzen zu erwarten ist. Insbesondere sind folgende Kostentreiber zu vermeiden:
- Z8. Aufbau einer eigenen Informatik-Infrastruktur für den Informationsaustausch;
- Z9. Aufbau einer eigenen Stammgemeinschaft nach EPDG und den damit u. a. einhergehenden signifikanten Kosten für die Zertifizierung.
- Z10. **von den betroffenen Anspruchsgruppen** (insbesondere Bund, Kanton, Gemeinden), **akzeptiert** und von den in den Prozess involvierten Personen (insbesondere dem medizinischen Fachpersonal) als signifikante **Verbesserung der IST-Situation** wahrgenommen werden.

## 6 Lösungsvarianten

Gemäss dem Auftrag werden im Folgenden alle denkbaren Lösungsvarianten zur Verbesserung der IST-Situation aufgeführt. Zu unterscheiden sind vorderhand Lösungsvarianten, die keine Anpassung von rechtlichen Rahmenbedingungen, namentlich des EPDG notwendig machen, von

---

<sup>13</sup> Art. 1 Abs. 3 EPDG definiert: *Mit dem elektronischen Patientendossier sollen die Qualität der medizinischen Behandlung gestärkt, die Behandlungsprozesse verbessert, die Patientensicherheit erhöht und die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert sowie die Gesundheitskompetenz der Patient\*innen gefördert werden.*

<sup>14</sup> Wenngleich auch diese Option, wenn nötig zu evaluieren ist, falls nur dadurch eine EPD Verwendung möglich wäre.

denkbaren – aufgrund der langwierigen Rechtsetzungsprozesse – jedoch nicht kurz- oder mittelfristig umsetzbaren Varianten, welche eine Anpassung geltenden Rechts nach sich ziehen.

Für die Auswahl und Diskussion der Lösungsvarianten wurden folgende Systemanforderungen (grob) angenommen:

Das System soll in der Lage sein ...:

- A1. eine **starke Authentifizierung** für den Zugriff auf besonders schützenswerte Daten zu unterstützen;
- A2. ein **Rollen- und Berechtigungs-System** aufweisen, dass abgestufte Autorisierungen für Benutzer in unterschiedlichen Rollen innerhalb, wie ausserhalb der Bundesverwaltung (Bund, Kantone, Gemeinden, verwaltungs-externe Benutzer, Asylbewerber) vorsehen kann;
- A3. eine **Nachvollziehbarkeit** sämtlicher Bearbeitungen (Erzeugen, Lesen, Aktualisieren, Löschen) zu gewährleisten (Protokollierung, Versionierung);
- A4. die Ausübung des Grundrechts auf **informationelle Selbstbestimmung** der Asylsuchenden ermöglichen;
- A5. hohe Anforderungen an **Datenschutz und Datensicherheit** – namentlich Vertraulichkeit, Integrität, Authentizität, Verfügbarkeit, sowie Verbindlichkeit/Nichtabstreitbarkeit – zu gewährleisten;
- A6. medizinische Dokumente mit **Meta-Informationen** (über die Inhalte) zu versehen.

### 6.1 Lösungsvariante 1 - Einsatz des EPD unter geltendem Recht

Der Einsatz und die Nutzung des EPD ist durch das EPDG an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Gemäss EPDG gibt es grundsätzlich für vier Personengruppen die Möglichkeit Daten des EPD zu bearbeiten:

- 1. Patient\*innen (medizinische Daten, Berechtigungskonfiguration, Protokoll Daten);
- 2. Gesundheitsfachpersonen (medizinische Daten<sup>15</sup>);
- 3. Stellvertreter von Patient\*innen (medizinische Daten, Berechtigungskonfiguration, Protokoll Daten);
- 4. Hilfspersonen von Gesundheitsfachpersonen (medizinische Daten).

Für Stellvertreter resp. Hilfspersonen bestehen dabei grundsätzlich die gleichen Bearbeitungsmöglichkeiten, wie für die Personen, zu denen eine Stellvertretungs-, resp. Hilfspersonen-Beziehung besteht.

Allen Rollen gemein ist die Notwendigkeit, sich für den Zugriff auf das elektronische Patientendossier mit sicheren elektronischen Identifikationsmitteln (eID) zu authentifizieren, die von einem nach Artikel 31 EPDV zertifizierten Herausgeber herausgegeben wurden (vgl. Art. 7 EPDG).

### 6.2 Voraussetzungen für den Einsatz des EPD unter geltendem Recht

Die nötigen Voraussetzungen im Überblick:

Rolle im System	Voraussetzungen	Konsequenzen
Patient*in (PAT)	– Einwilligung; – AHVN13 bei der ZAS;	– Information (mehrsprachig) als Voraussetzung für Einwilligung;

<sup>15</sup> Sofern Patient\*innen (oder ihre Stellvertretung) eine Gesundheitsfachperson dazu «ermächtigt», besteht für diese Gesundheitsfachpersonen zudem die Möglichkeit «die ihnen erteilten Zugriffsrechte höchstens im gleichen Umfang an weitere Gesundheitsfachpersonen oder Gruppen von Gesundheitsfachpersonen zu übertragen» (Art. 4 Bst. g EPDV). In diesem Fall würden diese «ermächtigten» Gesundheitsfachpersonen ebenfalls die Berechtigungskonfiguration der Patient\*in (mit Einschränkungen) bearbeiten. Da Hilfspersonen im System, wie die mit ihr verbundene Gesundheitsfachperson agiert, gilt dies in gleicher Weise für die Hilfspersonen einer ermächtigten Gesundheitsfachperson.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sichere Identifikation / Authentifizierung anhand amtlicher Dokumente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bezug einer AHVN13, sofern nicht vorhanden;</li> <li>– Vorhanden: Anerkannte Identifikationsdokumente (gem. Art. 24 EPDV<sup>16</sup>) mit biometrischen Merkmalen (i. d. R. Foto im Ausweis) für den Bezug einer eID.</li> </ul>
Stellvertretung der Patient*in (REP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Legitimation als Stellvertretung für PAT;</li> <li>– Sichere Identifikation / Authentifizierung anhand amtlicher Dokumente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nachweis/Bestätigung über die Einsetzung als Stellvertretung;</li> <li>– Anerkannte Identifikationsdokumente (gem. Art. 24 EPDV) mit biometrischen Merkmalen (i. d. R. Foto im Ausweis) für den Bezug einer eID.</li> </ul>
Gesundheitsfachperson (HCP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>«Nach eidgenössischem oder kantonalem Recht anerkannte Fachperson, die im Gesundheitsbereich Behandlungen durchführt oder anordnet oder im Zusammenhang mit einer Behandlung Heilmittel oder andere Produkte abgibt»</i> (Art. 2 Bst. b EPDG);</li> <li>– Mitglied einer zertifizierten (Stamm-)gemeinschaft (via Mitgliedschaft der Gesundheitseinrichtung);</li> <li>– GLN-Nummer;</li> <li>– Sichere Identifikation / Authentifizierung anhand amtlicher Dokumente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anschluss der Einrichtung an eine zertifizierte (Stamm-)Gemeinschaft</li> <li>– Anerkannte Identifikationsdokumente (gem. Art. 24 EPDV) mit biometrischen Merkmalen (i. d. R. Foto im Ausweis) für den Bezug einer eID</li> </ul>
Hilfsperson (ASS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Legitime Registrierung als Hilfsperson einer Gesundheitsfachperson;</li> <li>– GLN-Nummer;</li> <li>– Sichere Identifikation / Authentifizierung anhand amtlicher Dokumente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Registrierung als Hilfsperson einer angeschlossenen und für sie verantwortlichen Gesundheitsfachperson der Einrichtung an eine zertifizierte (Stamm-)Gemeinschaft</li> <li>– Anerkannte Identifikationsdokumente (gem. Art. 24 EPDV) mit biometrischen Merkmalen (i. d. R. Foto im Ausweis) für den Bezug einer eID</li> </ul>

<sup>16</sup> Art. 14 Abs. 1 EPDV: *«Der Herausgeber des Identifikationsmittels muss die Identität der antragstellenden Person überprüfen. Diese muss sich mit einem Ausweis nach dem Ausweisgesetz vom 22. Juni 20011 oder einem Ausweis nach den Artikeln 41–41b des Ausländer- und Integrationsgesetzes vom 16. Dezember 20053 ausweisen oder einen mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Bundesgesetz vom 18. März 20164 über die elektronische Signatur signierten Antrag auf elektronischem Weg einreichen.»*

**Für alle genannten EPD-Rollen sind die Voraussetzungen, resp. Konsequenzen grundsätzlich erfüllbar.**

Der Einsatz des EPD setzt zudem die informierte Einwilligung («informed consent») des AS gem. Art. 3 EPDG voraus:

---

### Art. 3 Einwilligung

<sup>1</sup> Für die Erstellung eines elektronischen Patientendossiers ist die **schriftliche Einwilligung** der Patientin oder des Patienten **erforderlich**. Die Einwilligung ist nur gültig, sofern die betroffene Person sie **nach angemessener Information** über die Art und Weise der Datenbearbeitung und deren Auswirkungen **freiwillig** erteilt.

<sup>2</sup> Liegt die Einwilligung vor, so wird im Behandlungsfall vermutet, dass die betroffene Person damit einverstanden ist, dass die Gesundheitsfachpersonen Daten im elektronischen Patientendossier erfassen. **Gesundheitsfachpersonen öffentlich-rechtlicher Einrichtungen sowie von Einrichtungen, denen von einem Kanton oder einer Gemeinde die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe übertragen wurde, sind in diesem Fall berechtigt, Daten im elektronischen Patientendossier zu erfassen und zu bearbeiten.**

<sup>3</sup> Die Patientin oder der Patient kann die **Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen**.

<sup>4</sup> Sie oder er **kann nicht dazu verpflichtet werden, Daten aus ihrem oder seinem elektronischen Patientendossier zugänglich zu machen.**

---

**Die Information zur Einwilligung zur Datenverarbeitung ist auch im heutigen System bereits eine Grundvoraussetzung und kann bei Verwendung des EPD gleichermassen gehandhabt werden.**

#### 6.2.1 Überblick der Ablauf-Phasen

Zur Veranschaulichung des Soll-Situation mit Einsatz des EPD wird im Folgenden der Prozess anhand von vier Phasen beschreiben.

Die sog. «Journey» für einen Asylsuchenden unterteilt sich dabei grob in 4 Phasen:

- Phase 1: Eintritt in das Asylverfahren in einem der Bundesasylzentren (BAZ).
- Phase 2: Medizinische Versorgung des AS während des Aufenthalts in einem BAZ (oder nach Transfer in ein anderes BAZ).
- Phase 3: Übergang des AS vom BAZ in ein kantonales Asylzentrum und medizinische Versorgung des AS während des Aufenthalts unter kantonaler Hoheit.
- Phase 4: Ausgang aus dem kantonalen Asylzentrum und Übergang in die Niederlassung in einer Gemeinde (out-of-scope für das Mandat).

#### 6.2.2 SOLL-Prozessmodell

Das nachfolgende Prozessmodell illustriert den Einsatz des EPD als zentrale Datendrehscheibe:

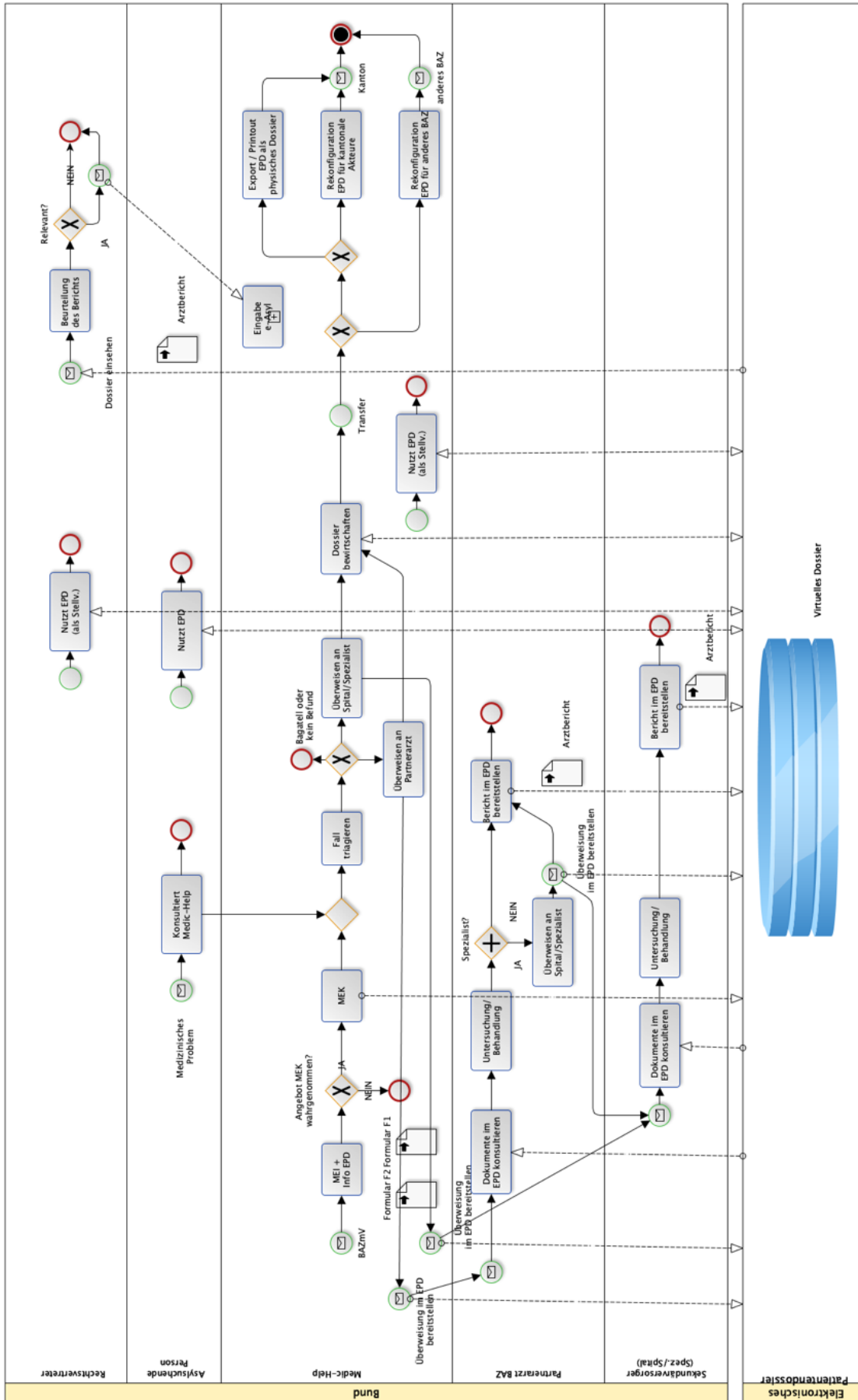


Abbildung 8: BPMN-Modell (vereinfacht) eines möglichen SOLL-Prozesses mit dem EPD.

### 6.2.3 Phase 1: Eintritt in das Asylverfahren in einem der Bundesasylzentren (BAZ)

Der Asylsuchende wird in einem der Bundesasylzentren mit Verfahrensfunktion untergebracht. Im Rahmen der Durchführung der medizinischen Eintrittsinformation (MEI) durch Mitarbeitende des Medic-Help wird der AS neu zusätzlich darüber informiert, dass er die Möglichkeit hat ein EPD zu eröffnen.

Integriert in den Informationsschritt zum MEI, der die Asylsuchenden bereits über diverse Rechte, Pflichten und Datenbearbeitungen im Rahmen der MEI informiert, wird der Asylsuchende auch gem. Art. 3 Abs. 1 EPDG angemessen über das EPD, die Art und Weise der Datenbearbeitung und deren Auswirkungen informiert sowie nach seiner Einwilligung zur Eröffnung eines EPD gefragt. Als Teil der Information und Einwilligung wird neu auch das «Vorkonfigurieren» des EPD mit den nötigen Rollen und Berechtigungen ermöglicht, mit dem die nötigen Personen für die Nutzung des EPD in Stellvertretung des Patienten etabliert werden.

Wird die Einwilligung abgegeben, so eröffnet Medic-Help für den AS ein EPD (inkl. Bezug einer eID für den AS) und richtet im gleichen Zug entsprechende Zugriffsberechtigungen und Stellvertretungen so ein, dass alle relevanten Beteiligten entsprechend berechtigt, resp. als Stellvertretung des Patienten etabliert sind. Einerseits könnten so bereits notwendige Zugriffsrechte für Gesundheitsfachpersonen, die für die weitere medizinische Versorgung relevant sind, vergeben werden. Andererseits wird die Rolle Stellvertretung für den AS eingerichtet, die das weitere Management von Dokumenten und Berechtigungen im Namen des EPD-Eigentümers übernehmen können.

Diese wichtige Rolle der Stellvertretung wird im Normalfall einer oder mehreren Fachpersonen von Medic-Help zugewiesen. Darüber hinaus könnte auch (zusätzlich) der Rechtsvertreter als Stellvertreter fungieren, und so nötigenfalls direkte Einsicht in die medizinische Dokumentation des AS erhalten. Über die Möglichkeit die protokollierten Zugriffe im EPD zu sichten, könnte der Rechtsvertreter in diesem Fall zudem auch über die rechtskonforme Nutzung des EPD wachen, sofern dies vom AS nicht selbst gemacht wird.

Im Rahmen der (optionalen) Medizinischen Erstkonsultation (MEK) würden bereits erste Dokumente und Befunde (auch die Dokumentation «kein Befund») ins EPD eingestellt werden.

Falls der AS sein EPD (auch) selbst nutzen und verwalten möchte, könnte entsprechende Anleitung und Hilfestellung zur Nutzung und Funktionsweise ebenfalls in dieser Phase geleistet werden.

Die Information zur Einwilligung, wie auch die Hilfe und Unterstützung muss nicht durch medizinisches Fachpersonal geleistet werden, sondern kann durch Dritte und entsprechendes Info- und Schulungsmaterial (z. B. auch multimedial) vermittelt, resp. unterstützt werden.

### 6.2.4 Phase 2: Medizinische Versorgung des AS während des Aufenthalts in einem BAZ (oder nach Transfer in ein anderes BAZ)

Der AS ist nun in einem BAZ untergebracht. Das EPD ist eröffnet und die eID herausgegeben und aktiviert. Er weiss, dass seine medizinische Versorgung wie bisher nach dem «Gatekeeper Modell» funktioniert: Falls er ein Anliegen hat muss er sich bei seiner Medic-Help Pflegefachperson (1. Gatekeeper) melden, die dann fallbasiert entscheidet, ob er erst zu einem der vertraglich gebundenen Partnerärzte des BAZ (Primärversorger) oder direkt zu einem Sekundärversorger, wie z. B. einem Spezialisten oder ins Spital überwiesen wird.

Die Pflegefachperson legt in der EPD-Rolle Gesundheitsfachperson die behandlungsrelevanten Dokumente und das Zuweisungsformular F2 zum Partnerarzt direkt im EPD ab (lokale Kopien verbleiben stets bei Medic-Help). In der Rolle Stellvertretung des AS stellt die Pflegefachperson von



Medic-Help sicher, dass die nachbehandelnden Primär- und/oder ggf. auch Sekundärversorger, über die nötigen Zugriffsrechte auf das EPD des AS verfügen<sup>17</sup>.

Der AS konsultiert nun den Partnerarzt (2. Gatekeeper), der nun direkt über den Zugriff auf das EPD (via Zugangsportale oder sein Praxisinformationssystem) des AS die behandlungsrelevanten Dokumente aller bisherigen Voruntersuchungen sowie die Überweisungsdokumente direkt, vollständig und ohne Verzögerung einsehen kann.

Nach Anamnese, Diagnose und ggf. weiteren Behandlungsschritten, sowie seinerseits Bereitstellung der behandlungsrelevanten und administrativen Dokumente (z. B. Überweisung) überweist der Partnerarzt den AS ggf. zu einem Sekundärversorger wie z. B. einen Spezialisten oder ins Spital. Die Dokumente sind sowohl für die Sekundärversorger wie auch für Medic-Help wiederum sofort im EPD einsehbar.

---

#### Exkurs: Zugriffsmöglichkeiten und Zugriffsrechte der Sekundärversorger:

Für die Partner- oder Zentrumsärzte des SEM – ebenso wie für Personal von Medic-Help – kann über die Vertragsbeziehung durchgesetzt, resp. sichergestellt werden, dass diese sich als GFP einer zertifizierten Stammgemeinschaft angeschlossen haben<sup>18</sup>. Sie verfügen somit – nach dem sog. «onboarding» der GFP durch die Stammgemeinschaft – über die nötige Registrierung als GFP im EPD (inkl. Eintrag im HPD für die Vergabe von Zugriffsrechten), den Portalzugang und das starke Authentifizierungsmittel (eID). Für die Sekundärversorger kann dies nicht vorausgesetzt, oder durchgesetzt werden. Zwar besteht für Spitäler gem. KVG (Art. 39 Abs. 1 Bst. f) eine Pflicht, sich an eine (Stamm-)Gemeinschaft anzuschliessen. Eine solche besteht für ambulant tätige Sekundärversorger (z. B. Spezialisten) bislang nicht, so dass ein Zugang zum EPD nicht vorausgesetzt werden kann und die behandlungsrelevanten Dokumente (aus dem EPD oder den Primärsystemen der Partnerärzte) in solchen Fällen auf klassischem Wege, d. h. i. d. R. als physisches Dokument an die nachbehandelnden Sekundärversorger gesendet werden müsste. Dieser gelegentliche Medienbruch ist bis zum flächendeckenden Anschluss aller Leistungserbringer leider unvermeidlich. Gleichwohl können zumindest die in der Sekundärversorgung erstellten Behandlungsdokumente via Medic-Help dann doch noch nachträglich ins EPD überführt werden und so eine lückenlose Dossierführung im EPD ermöglichen.

---

Je nachdem, ob der Sekundärversorger ebenfalls Mitglied einer Stammgemeinschaft ist oder nicht, wird der entsprechende Bericht gleich im EPD bereitgestellt, oder er wird dem überweisenden Partnerarzt und Medic-Help auf klassischem Wege zugestellt. Der Partnerarzt schliesst den Fall wie bisher ab und legt sämtliche Dokumente (ggf. auch die des nicht angeschlossenen

---

<sup>17</sup> Entweder werden alle potenziellen Partnerärzte im Rahmen der EPD-Eröffnungsinitialisierung vorab berechtigt, oder dies geschieht erst bei Bedarf und fallweise durch die Medic-Help Stellvertretung.

<sup>18</sup> Idealerweise aber nicht notwendigerweise an die gleiche Stammgemeinschaft, wie das Personal von Medic-Help. So können Stellvertretungen und Ermächtigungsrechte ohne Einschränkung genutzt werden, denn Stellvertretungen und die Weitergabe von Zugriffsrechten durch ermächtigte GFP sind nur innerhalb der gleichen Stammgemeinschaft des jeweiligen Patienten möglich.

Sekundärversorgers) im EPD des AS ab<sup>19</sup>, resp. lässt dies durch seine Hilfspersonen (z. B. Praxispersonal) erledigen.

Über die Rolle Stellvertretung des AS, wahrgenommen durch das Personal von Medic-Help, können die nötigen Zugriffsrechte bei Bedarf und nach Bedarf verwaltet werden, sowie die lückenlose Dokumentation des AS-Dossiers sichergestellt werden.

Sollte der AS in ein anderes BAZ überführt werden, sind lediglich die Stellvertretungs-Beziehungen anzupassen, so dass nach Übergang des AS in ein anderes BAZ, das dortige Personal vor Ort, die Rolle Stellvertretung übernimmt. Dieser Prozess wird durch administratives Personal der Stammgemeinschaft ausgeführt und kann einen lückenlosen Übergang der Rolle Stellvertretung sicherstellen.

### **6.2.5 Phase 3: Übergang des AS vom BAZ in ein kantonales Asylzentrum und medizinische Versorgung des AS während des Aufenthalts unter kantonaler Hoheit**

Für den AS endet der Aufenthalt in einem BAZ und er soll in einer kantonalen Asylunterkunft untergebracht werden.

Je nach Vereinbarung mit dem Empfängerkanton, resp. der Möglichkeit zur EPD-Nutzung wird der Transfer des medizinischen Dossiers, resp. Übertragung von Stellvertreter-Rollen und Zugriffsrechten im EPD vorbereitet. Als letztes zusammenfassendes Dokument kann weiterhin auch das bisherige Austrittsblatt Medic-Help erstellt und zu den bestehenden Unterlagen im EPD bereitgestellt werden.

Für die kantonalen Stellen muss nun, je nachdem ob auf Kantonsseite auch mit dem EPD gearbeitet wird, entweder ein kompletter Ausdruck (Medienbruch) oder elektronischer Export<sup>20</sup> der relevanten Dokumente aus dem EPD erfolgen oder, wenn idealerweise im kantonalen Asylzentrum ebenfalls das EPD genutzt wird, lediglich die Rolle Stellvertretung des AS an die kantonalen Nutzer übertragen werden und so der Medienbruch vermieden werden.

Bei Aufnahme des AS im Kanton wird der AS auf die Notwendigkeit der neuen Stellvertretung und ggf. neu zu vergebenden Zugriffsrechten für die medizinische Versorgung durch die kantonalen Leistungserbringer (Partnerärzte des Kantons) hingewiesen. Nach Bestätigung der Einwilligung dazu, werden die Berechtigungen des EPD den kantonalen Gegebenheiten entsprechend anpasst indem der Sachbearbeiter des kantonalen Zentrums wieder in der Rolle Stellvertretung des AS die Zugriffsberechtigung des EPD so konfiguriert, dass künftig nicht mehr die Pflegefachpersonen und die Partnerärzte des Bundes Zugriff auf sein EPD haben, sondern die jeweiligen Gesundheitsfachpersonen aus dem Kanton (Partnerärzte mit EPD-Verpflichtung gem. Leistungsauftrag).

---

<sup>19</sup> Alternativ könnte die Nacherfassung von Dokumenten auch durch Medic-Help Personal erfolgen, die – ebenso wie der Rechtsvertreter – jeweils eine Kopie der Sekundärversorger-Dokumentation erhalten.

<sup>20</sup> Der Export aller Dokumente inkl. ihrer Metadaten ist durch Ziff. 10.2 des Anhangs 2 der EPDV-EDI als Zertifizierungsvoraussetzung gefordert und steht somit jedem Benutzer des Patientenportals (Patient oder Stellvertretung) zur Verfügung: «10.2 Offline-Speicherung von medizinischen Daten und Metadaten: Patient\*innen müssen die Möglichkeit haben, Daten aus ihrem elektronischen Patientendossier in einem interoperablen gängigen elektronischen Format herunterzuladen oder auf andere Weise zu beziehen»

#### 6.2.6 Phase 4: Ausgang aus dem kantonalen Asylzentrum und Übergang in die Niederlassung in einer Gemeinde

Die Phase nach dem Ausgang aus der kantonalen Betreuung und der Übergang in die reguläre obligatorische Grundversicherung gehört nicht zum Betrachtungs-Scope des Mandats und ist daher nicht mehr im Detail analysiert worden. Gleichwohl kann folgendes Szenario als wünschenswert skizziert werden.

Endet die Betreuung des AS auf Kantons-Ebene geht der AS i. d. R. in die reguläre obligatorische Grundversicherung über und bezieht sein Domizil ausserhalb der kantonalen Asylzentren. Hier endet der Prozess der staatlich geführten und unterstützten Dossierbewirtschaftung und die medizinische Dokumentation im Rahmen des Asylverfahrens durch Bund und Kantone.

Der AS wird zuletzt darüber informiert, dass er sein bestehendes EPD in Eigenregie weiterführen oder auch komplett aufheben, sprich löschen kann. Falls eine Weiterführung gewünscht ist, werden sämtliche Stellvertretungsrollen der kantonalen Bediensteten beendet und allfällige Zugriffsrechte von Primär- oder Sekundär-Versorgern standardmässig vollständig entzogen. Somit hat nunmehr ausschliesslich der AS selbst Zugang zum EPD und muss dies fortan selbst verwalten oder eigene Stellvertreter (z. B. Angehörige oder Vertreter sozialer Organisationen) benennen.

In Absprache mit dem AS können einzelne Leistungserbringer - z. B. falls die Behandlungsbeziehung auch nach dem Austritt aus der kantonalen Betreuung fortbestehen soll - vom Entzug der Zugriffsrechte ausgenommen werden, damit diese für die Weiterbehandlung weiterhin das EPD verwenden können.

## 6.2.7 Übersicht über die relevanten Anwendungsfälle beim Einsatz des EPD im Asylbereich

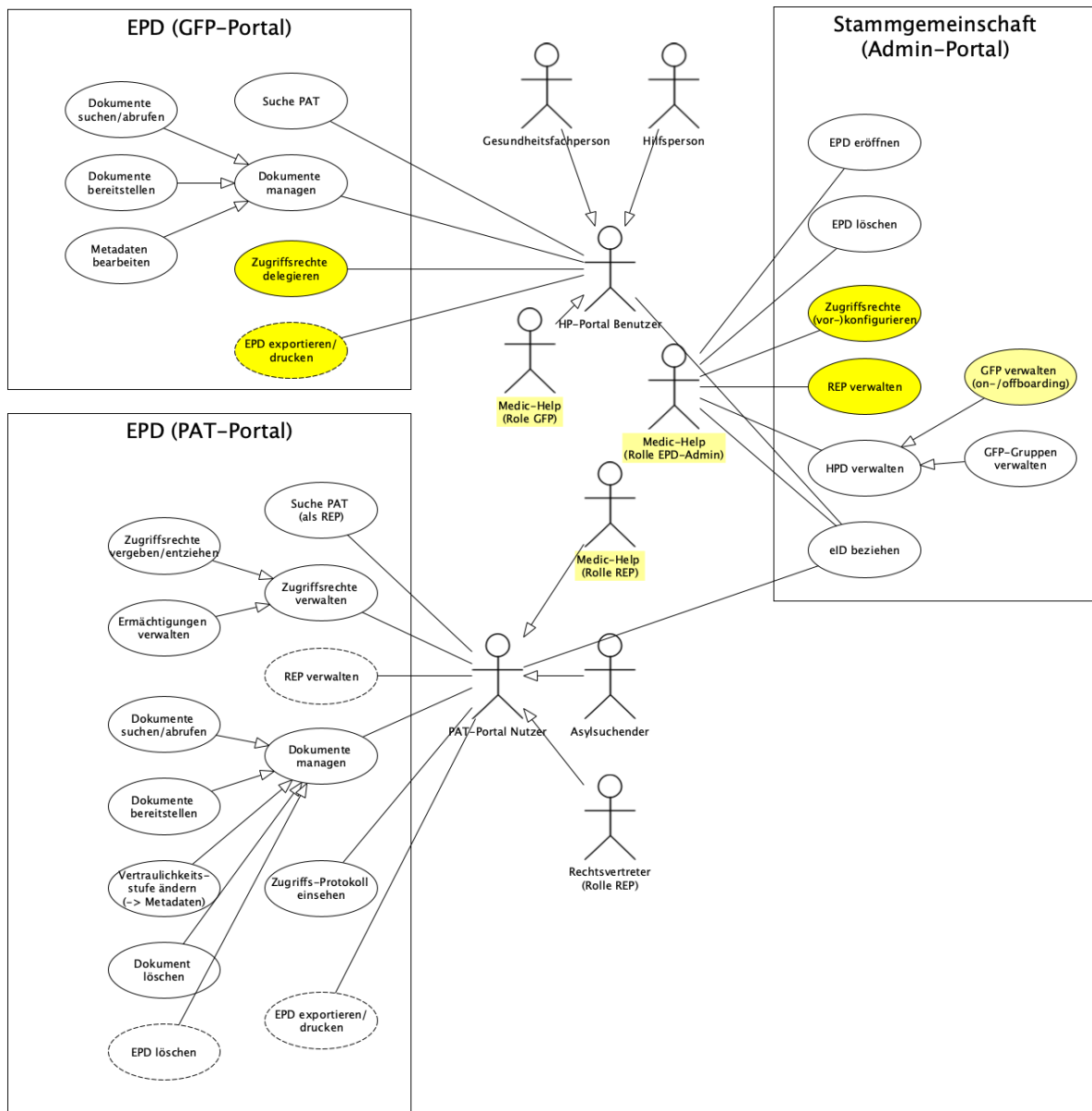


Abbildung 9: Schematische Darstellung (UML-Notation) der relevanten Anwendungsfälle beim Einsatz des EPD im Asylbereich. Farblich hinterlegt sind Anwendungsfälle, und Rollen, welchen eine besondere Bedeutung in diesem spezifischen Kontext zukäme.

## 6.3 Lösungsvariante 2 - Einsatz ohne EPD

Die grundsätzlichen Anforderungen zum sicheren Dokumentenaustausch, resp. zum Zugriff auf geteilte Dokumentenablagen, wie sie in den untersuchten Anwendungsfällen gefordert sind, werden grundsätzlich von verschiedenen Standardprodukten aus dem Marktsegment des Dokumentenmanagements (*Document Management System*; DMS) erfüllt. In der Regel sind die Produkte standardmässig mit umfangreichen Funktionen und Anpassungs- und Konfigurationsmöglichkeiten ausgestattet.

### 6.3.1 Systeme im Bundesumfeld

So sind im Bundesumfeld bereits verschiedenste sog. Geschäftsverwaltungs-Systeme (GEVER) im Einsatz, die meist auf mächtigen Technologie-Plattformen beruhen, welche dann umfangreiche

kundenspezifische Anpassungen erhalten haben. Da die im Einsatz befindlichen Systeme in der Regel einem sehr breiten Kundenkreis dienen (i. d. R. für ganze Departemente oder gar die gesamte Bundesverwaltung BV) und somit einerseits sehr generisch (bzgl. Fachbereiche) andererseits aber auch sehr spezifisch auf die Einsatzzwecke der Geschäftsverwaltung und Workflow-Steuerung einer Verwaltung (intra- oder interdepartmentale Geschäfts- und Dokument-Verwaltung) dienlich sein müssen, werden die konkreten Anforderungen und Anpassungen i. d. R. zentral definiert und umgesetzt (z. B. vom Informatiksteuerungsorgan des Bundes). Für einen Einsatz im Asylbereich, mit Zugangsmöglichkeiten sowohl für externe Benutzergruppen (z. B. Medic-Help, Vertragsärzte), als auch für andere Staatsebenen (Kantone, Gemeinden) wären mindestens umfangreiche Evaluationen der bereits beschafften und für das SEM verfügbaren Systeme notwendig. Darüber hinaus wären u. U. spezifische Anpassungen und Konfigurationen notwendig, die – wenn sie über die zentral vorgesehenen Möglichkeiten hinausgehen – ggf. Ausnahmegenehmigungen und Funktionserweiterungen oder Konfigurationsarbeiten nach sich ziehen würden. Kurz: Es wäre zunächst eine Voranalyse und ggf. ein entsprechendes IT-Projekt zu initiieren. Allein die dafür notwendigen Beschaffungsmassnahmen (öffentliche Ausschreibung nach WTO) würden einen grösseren Zeit- und Mittelaufwand erfordern.

Nicht viel anders sähe es aus, wenn das SEM ein spezifisches DMS neu beschaffen müsste. Ein entsprechendes IT-Projekt müsste mit einer Voranalyse starten, welche die verschiedenen Anbieter-Produkte evaluiert und eine entsprechende Software-Beschaffung, sowie vermutlich spezifische Anpassungen nach sich zieht. Auch in diesem Fall wären umfangreiche Abklärungen zum Produkt, zum Betrieb (BIT, Produkthanbieter, extern) und zum Lebenszyklus durchzuführen.

Der Vollständigkeit halber seien an dieser Stelle einige DMS-Systeme genannt, die wohl allesamt geeignet wären, die Anforderungen auf funktionaler Ebene zu erfüllen:

<b>Hersteller</b>	<b>Produktname</b>	<b>Im Bundesumfeld verfügbar?</b>
Microsoft AG	Sharepoint	Ja (Standard-Service vom BIT)
Rubicon IT GmbH	Acta Nova	Ja (GEVER Bund)
AdNovum Informatik AG	z. B. eDossier für ZEMIS	Ja (elektronische Dossierverwaltung für das SEM: eDossier für die Applikation ZEMIS)

Abbildung 10: Übersicht ausgewählter Dokumentenmanagementsysteme im Bundesumfeld

Allen Standardlösungen gemeinsam ist die fehlende Steuerung- und Bearbeitungs-Möglichkeit (z.B. eigene Dokumente bereitstellen) für die Asylsuchenden selbst, wie sie im EPD quasi «per definitionem» angelegt ist. Der AS könnte seine grundsätzlichen Rechte der informationellen Selbstbestimmung (vgl. DSG und ggf. sogar DSGVO) somit nur mittelbar ausüben und in diesen – zugegeben seltenen Fällen – komplexere Spezial-Prozesse (Dokumente einsehen, korrigieren lassen, löschen lassen) *ad hoc* auslösen.

Weiterführende Informationen zum GEVER Bund:

- Geschäftsverwaltung GEVER beim ISB:  
[https://www.isb.admin.ch/isb/de/home/themen/bundesarchitektur/schwerpunkte/geschaeftsverwaltung\\_gever.html](https://www.isb.admin.ch/isb/de/home/themen/bundesarchitektur/schwerpunkte/geschaeftsverwaltung_gever.html)
- GEVER bei der Bundeskanzlei:  
<https://www.bk.admin.ch/bk/de/home/bk/organisation-der-bundeskanzlei/gever-bund.html>  
<https://www.bk.admin.ch/bk/de/home/dokumentation/gever-bund.html>

#### 6.4 Variante 3 - Einsatz des EPD unter veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen

Zieht man die zukünftige Anpassung geltenden Rechts - vorderhand das EPDG und ggf. das Asylgesetz AsylG oder Epidemienengesetz EpG - in Betracht, ergeben sich, vorbehaltlich der politischen Willensbildung, naturgemäss neue Freiheitsgrade für einen EPD-Einsatz im beschriebenen Kontext.

Ungeachtet ihrer politischen Akzeptanz, oder Wünschbarkeit oder Kollisionen mit anderen Rechtsnormen können folgende vereinfachende, harmonisierende und im Sinne der Prozess-Effizienz förderliche Neuregelungen der Form halber aufgelistet werden:

##### **EPDG-Revision:**

- **Erweiterung der EPDG-Definitionen, von «Behandlung» und/oder der Personenkreise (neben den GFP) die neben den Patient\*innen Zugriff auf ein EPD erhalten können.** Dadurch könnten im Asylverfahren beteiligte Personen auch dann legitime Zugriffe erhalten und ggf. sogar Berechtigungen administrieren, wenn sie selbst weder eine GFP noch eine Hilfsperson einer GFP sind und müssten auch nicht über den Umweg der «Stellvertretung» den Patient\*innen «gleichgestellt» werden.
- **Erweiterung der EPDG-Definitionen für Gemeinschaften und Stammgemeinschaften,** so dass die von staatlicher Seite beteiligten Stellen (SEM, Kantone, Medic-Help, Partnerärzte) ggf. eine eigene Stammgemeinschaft «light» mit vereinfachten Zugangsvoraussetzungen zum Vertrauensraum des EPD konstituieren könnten<sup>21</sup>.
- **Weitergehende Verpflichtungen für Leistungserbringer sich dem EPD anzuschliessen,** um auch die letzten Medienbrüche (z. B. Spezialist ohne EPD, kantonale Partnerärzte ohne EPD-Obligatorium, ...) zu eliminieren.

##### **Revision der EPDV und EPDV-EDI:**

- **Anpassungen oder Erweiterungen der Bestimmungen bezüglich Vertraulichkeitsstufen und Zugriffsrechten (EPDV), Metadaten (Anhang 3 der EPDV-EDI) und strukturierter Austauschformate (Anhang 4 der EPDV-EDI)** für eine massgeschneiderte Strukturierung und Metadaten-basierte Steuerung der Dokumentenprozesse im Asylbereich. Z. B. könnten vereinfachte Berechtigungsregeln und spezifische Metadaten die Anwendungsfälle im Asylbereich spezifisch vereinfachen und gezielter unterstützen und auch die Verwaltung durch die AS selbst, häufiger ermöglichen.

##### **Revision AsylG:**

- **Verpflichtung der AS ein EPD zu eröffnen und die Datenbearbeitung im Kontext des Asylverfahrens für die beteiligten Gesundheitsfachpersonen pauschal (d. h. ohne die feingranulare Berechtigungssteuerung des EPD) zu ermöglichen<sup>22</sup>.**

---

<sup>21</sup> Aufgrund der komplexen rechtlichen Situation bezüglich solcher Körperschaften und den auch in abgeschwächter Form aufwendigen Zertifizierungsvoraussetzungen ist dieses Szenario vermutlich nicht sinnvoll.

<sup>22</sup> Die Rechtmässigkeit, bzw. Verfassungsmässigkeit dieses pauschalen Verlusts der informationellen Selbstbestimmung wäre jedoch mindestens fraglich.

## 7 Ergebnisse

### 7.1 Problembeschreibung der IST-Situation (Ausgangslage)

Im Rahmen der IST-Analyse gegenwärtiger Abläufe, Verantwortlichkeiten und Herausforderungen konnten folgende Feststellungen gemacht, respektive Aussagen bestätigt werden.

Die medizinischen Informationsflüsse zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden (AS)...:

- ... können neben den Asylsuchenden (und ihren Rechtsvertretungen) eine Vielzahl unterschiedlichster Akteure auf diversen staatlichen und fachlichen Ebenen involvieren. Die wichtigsten:
  - Ebene Bund: Staatssekretariat für Migration (SEM), Bundesasylzentren (BZ);
  - Ebene Kanton: Kantonale Migrationsämter und Asylzentren sowie die Gemeinden;
  - Primäre Grundversorger (i. d. R. Hausärzt\*innen im Auftrag von Bund/Kantonen);
  - Sekundärversorger (Spitäler, Spezialist\*innen);
  - Kostenträger.
- ... sind geprägt von einer hohen Heterogenität der Prozesse insbesondere auf Ebene der Kantone;
- ... weisen aufgrund der fragmentierten Zuständigkeiten (Bund, Kantone, Private) und Prozessverläufe, sowie nur rudimentärer digitaler Unterstützung viele Medienbrüche, Ineffizienzen und immer wieder sogar Informations-Verluste oder mangelhafte Verfügbarkeit auf.
- ... die Verantwortung zur Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit ist über sehr viele Akteure verteilt, wird nicht durchgehend technisch unterstützt, und ist somit von den jeweiligen, sehr heterogenen technischen und organisatorischen Voraussetzungen abhängig.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die bekannten und gefundenen Defizite im gegenwärtigen medizinischen Informationsaustausch negative Auswirkungen hat auf:

- die Behandlungsqualität;
- die Patientensicherheit;
- die Effizienz der Versorgung;
- die informationelle Selbstbestimmung;
- die Gesundheitskompetenz der Asylsuchenden.

Eine geteilte Dokumenten-Drehscheibe, wie sie das EPD darstellt könnte die Datenverfügbarkeit grundsätzlich für alle involvierten Akteure verbessern und dadurch Medienbrüche verringern oder gar ganz eliminieren. Über eine gemeinsame Datenaustausch-Plattform, wie das EPD liessen sich auch die bisher sehr heterogenen Prozesse (insbesondere auf Ebene Kantone) harmonisieren. Gleichzeitig liesse der Einsatz des EPD dennoch genügend Flexibilität um die Bearbeitung via EPD auch ohne Harmonisierung in spezifische Anwendungsfälle und individuelle Prozessabläufen zu integrieren. Im Gegensatz zu anderen hochgradig individualisierten Digitalisierungslösungen («custom build software») müssen keine starren Prozessdefinitionen (Workflows) definiert und von allen umgesetzt werden.

## 7.2 Gegenüberstellung der Varianten

#	Variante	Chancen	Herausforderungen
1	Einsatz EPD unter geltendem Recht	<p><b>Rechtsgrundlagen vorhanden.</b></p> <p><b>Kann relativ schnell umgesetzt werden</b> (abhängig von den laufenden Verträgen mit Medic-Help und Partnerärzten).</p> <p>Rel. <b>kostengünstig</b>, da keine spezifischen Beschaffungskosten für Software/Hardware (kein IT-Projekt!) nötig und Kosten mit anderen Einrichtungen der Stammgemeinschaft geteilt werden.</p> <p><b>Sicherheit und Datenschutz</b>, sowie informationelle Selbstbestimmung in vollstem Masse gem. EPDG und durch die Zertifizierung der Stammgemeinschaften <b>gewährleistet.</b></p> <p><b>Betrieb, Wartung und Weiterentwicklung</b> der Plattformen <b>durch Stammgemeinschaften</b>, resp. deren Plattform-Betreibern.</p>	<p><b>Neue Verträge mit Medic-Help und Partnerärzten</b> (Teilnahme am EPD obligatorisch).</p> <p><b>Sekundärversorger nicht einheitlich am EPD beteiligt.</b></p> <p><b>Kantonale Akteure u. U. nicht einheitlich am EPD beteiligt.</b></p> <p>Potenziell niedrigere Hürde für AS die Dateneinsicht zu beschränken.</p> <p>Keine 100% «massgeschneiderte» Lösung für die Anforderungen des Asylverfahrens.</p> <p><b>Neue Prozesse für:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bezug eID;</li> <li>- Onboarding GFP;</li> <li>- Konfiguration und Rekonfiguration der Zugriffsrechte/Stellvertretungen, etc.</li> <li>- Ggf. «Print-all»-Funktion in den Zugangsportalen für GFP, zum Ausdruck von physischen Dossiers.</li> </ul>
2	Einsatz ohne EPD / alternative DMS-Systeme	Basislösung "von der Stange" kann/muss <b>massgeschneidert auf die Bedürfnisse</b> angepasst werden.	<p><b>Hohe Projekt- und Anschaffungskosten</b> (Multi-Stakeholder IT-Projekt; WTO-Ausschreibung).</p> <p>(Zu) <b>viele Freiheitsgrade</b> → Risiken bzgl. Konsensfindung und Scope.</p> <p><b>Dauer bis zur Einführung mind. 1.5 bis 2.5 Jahre.</b></p>
3	Einsatz EPD unter veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen	Potenziell <b>massgeschneiderte normative Anpassungen</b> an die spez. Anforderungen im Asylverfahren.	<p><b>Sehr lange Umsetzungsdauer</b> (Gesetzgebungsprojekt: 3-5 Jahre bis zur Revision EPDG) <u>und</u> ähnlicher Anpassungsbedarf bzgl. Prozesse zur Identifikation, Onboarding, Einbezug Leistungserbringer, wie ohne Anpassung der Rechtsgrundlagen (vgl. Variante 1).</p> <p><b>Zielbild ist den politischen Unwägbarkeiten ausgesetzt.</b></p> <p><b>Legitimation für «Lex SEM»?</b></p>



### 7.3 Fazit und empfohlene Lösungsvariante

Die bisherige Analyse der Prozesse, Rollen und Rahmenbedingungen deuten darauf hin, dass der Einsatz des EPD unter den beschriebenen organisatorischen Voraussetzungen auch ohne rechtliche Anpassungen vergleichsweise einfach umsetzbar ist und bereits für viele Akteure signifikante Vorteile mit sich bringen würde.

Mindestens auf Bundesebene können bereits weitgehende Verbesserungen im Informationsfluss, bei der Verfügbarkeit, Nachvollziehbarkeit und zur Sicherstellung des Datenschutzes erzielt werden. Da die entsprechenden Infrastrukturen für das EPD von den Stammgemeinschaften, resp. ihren Technologie-Anbietern betrieben, gewartet und weiterentwickelt wird, sind hier keine zusätzlichen Aufgaben durch die bearbeitenden Stellen notwendig.

Die wiederkehrenden Kosten für die Gesundheitsfachpersonen im Bundesauftrag und die mit der EPD-Verwendung einhergehenden allgemeinen Kosten zur Eröffnung und Verwaltung des EPD und der Identifikationsmittel würden durch die breite Basis von weiteren angeschlossenen Einrichtungen und Gesundheitsfachpersonen mitgetragen und sollten sich daher in einem moderaten Rahmen bewegen.

Eine konsequente Ausweitung der Nutzung auch auf der kantonalen Ebene ist aus den gleichen Gründen erstrebenswert und würde weiteren Mehrwert für den Gesamtprozess des Asylverfahrens bringen.

Weitergehende Anpassungen auf technischer, organisatorischer und erst noch auf rechtlicher Ebene können darüber hinaus weiteren Nutzen und/oder Vereinfachungen generieren. Exemplarisch könnten Anwendungsfall-spezifische Anpassungen auf den EPD-Plattformen (z. B. gewisse Spezialfunktionen in den Zugangsportalen) durch die Stammgemeinschaften, resp. ihrer Technologieanbieter implementiert werden, um gewisse Komfort-Funktionen zu realisieren.

Alternative Lösungsansätze oder Änderungen rechtlicher Rahmenbedingungen könnten zwar durch eine massgeschneiderte Lösung zusätzliche oder weitergehende Vorteile mit sich bringen, bringen jedoch auf der Zeitachse und hinsichtlich der zu erwartenden Kosten, grosse Herausforderungen mit sich und stellen damit, nach unserer Einschätzung, keine attraktive Strategie dar.

---

***Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der empfohlene Lösungsansatz 1 mit EPD-Nutzung ohne Rechtsanpassungen lohnend erscheint und hinsichtlich der Kosten, Risiken und Machbarkeit als konkurrenzlos betrachtet werden kann.***

---

### 7.4 Offene Fragen / weitergehender Klärungsbedarf

Vor dem Start einer definitiven Umsetzung einer EPD-basierten Unterstützung wird gleichwohl empfohlen, insbesondere folgende Aspekte vertieft abzuklären, resp. zu validieren:

#### **Klärungsbedarf vor dem definitiven Start einer Umsetzung:**

**Q1** Welche Voraussetzungen bestehen gegenwärtig, oder sind noch zu erfüllen für den Bezug der nötigen Identifikationsmittel (eID) für die Asylsuchenden?

Inkludieren die Vorgaben der EPDV zur Identifikation (Art. 24 EPDV) die gegenwärtig verwendeten Ausweis-Typen im Asylbereich (vgl. Art. 41 Ausländer- und Integrationsgesetz, AIG; SR 142.20, sowie Bundesgesetz über das Informationssystem für den Ausländer- und den Asylbereich BGIAA; SR 142.51)?

---

Welche Rahmenbedingungen sind mit der zukünftigen Inkraftsetzung des Bundesgesetzes über elektronische Identifizierungsdienste (BGEID; SR 18.049) zu berücksichtigen?

- 
- Q2** Ist die für den Bezug einer Patientenidentifikationsnummer nach Art. 4 EPDG notwendige AHVN13 für jeden AS bereits vorhanden? Wie kann andernfalls der Prozess zur Vergabe einer (Dummy-)AHVN13 bei der ZAS angestossen werden?
- 
- Q3** Wie sollen bestehende Dokumente/Daten und Prozesse in die EPD-basierten Abläufe überführt werden («Migration» bestehender Daten; organisatorisches Change-Management)?
- 
- Q4** Welche Notwendigkeit und welches Konzept besteht für papierbasierte Parallel-Prozesse, resp. Schnittstellen zu Akteuren ohne EPD-Zugang (z. B. Spezialisten, die nicht im Bundes- oder Kantonsauftrag praktizieren)? Bis wann müssen papierbasierte Prozesse weiterhin unterstützt werden und wo müssen allenfalls Übergänge (EPD -> Papierdossier) unterstützt werden?
- 
- Q5** Welche Strategien und Möglichkeiten bestehen hinsichtlich einer Ausweitung der EPD-Nutzung auch in späteren Asylverfahrensphasen (Ebene Kanton, Ebene Gemeinde, ggf. Überantwortung an Dossierbesitzer nach Verfahrensabschluss)? Wie kann eine freiwillige Teilnahme nachgelagerter Akteure gefordert oder gefördert werden?
- 
- Q6** Projekt-Aufgabenteilung zwischen Bund (BAG, SEM) und Kanton (SODK, GDK, ...?):  
Wer soll was in Abstimmung mit wem tun, wer koordiniert?
- 
- Q7** Wie kann eHealth Suisse / die Sektion GCG / das BAG das SEM unterstützen?  
Welche Verantwortung für welche Aufgaben?
- 
- Q7** Organisation der Datenbearbeitung und Berechtigungssteuerung zwischen Bund und Kantonen und den Asyl-Zentren auf Ebene Bund und Kanton untereinander.  
Wer veranlasst, wer ist verantwortlich, dafür dass für die Übergänge (BAZ-BAZ, BAZ-Kanton) die EPD-Rollen und Berechtigungen neu und sinnvoll administriert werden?
- 
- Q8** Wie kann sichergestellt werden, dass die kantonalen Stellen und ambulanten Sekundärversorger flächendeckend einen EPD-Zugang haben?  
Wie können die zukünftig auf kantonaler Ebene an der EPD-Nutzung beteiligten Akteure geeignete Weise einbezogen und damit Medienbrüche vermieden werden?  
Wie kann sichergestellt werden, dass die in jedem Kanton und für den Asylbereich speziell beauftragten Pflegezentren bzw. Betreuer technisch so ausgestattet sind, dass sie die Daten im EPD lesen und bearbeiten können?
- 

## 8 Empfehlungen und Schritte zur weiteren Umsetzung

### 8.1 Auswirkungen auf die Akteure

Wie bereits erläutert, würde eine schrittweise Umsetzung und Ausbreitung auf Ebene Bund beginnen und somit das SEM in die Federführung für ein Umsetzungsprojekt setzen. Sofern eine vertiefende Voranalyse die Machbarkeit auf rechtlicher, technischer und organisatorischer Ebene bestätigt, wären vom SEM neue Leistungsverträge mit den beauftragten Medic-Help Vertragsnehmern

und Partnerärzten zu definieren, damit der Anschluss der beauftragten Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen an eine zertifizierte Stammgemeinschaft gewährleistet werden kann.

Für den Bezug einer eID sind für die entsprechenden Benutzergruppen (SEM, Medic-Help, Partnerärzte, ggf. Rechtsvertretungen) die Prozesse zum Bezug von elektronischen Identifikationsmitteln (eID) der gewählten Stammgemeinschaft zu durchlaufen.

Gesundheitsfachpersonen (und Hilfspersonen), welche Daten des EPD bearbeiten, sollten von den Stammgemeinschaften im Umgang mit dem EPD, sowie dem Zugangsportaal geschult werden. Gleiches gilt, falls Rechtsvertreter ebenfalls standardmässig einen Zugang (Rolle Stellvertretung der AS) auf die Dokumente, Berechtigungen und Protokollinformationen des EPD erhalten sollen.

In Zusammenarbeit mit der Stammgemeinschaft könnten die Technologieanbieter beauftragt werden spezielle Komfort-Funktionen für diesen Anwendungsbereich zu implementieren. Hier ist insbesondere an die vereinfachte Rekonfiguration der Berechtigungen zu denken, wenn neue Benutzergruppen in die Behandlung involviert werden (z. B. nach Übergang in die kantonale Zuständigkeit).

## 8.2 Schritte zur weiteren Umsetzung

Die folgende Aufstellung soll die nächsten Schritte zu einer Umsetzung skizzieren und kann als Grundlage für die abschliessende Diskussion mit BAG und SEM über eine mögliche Umsetzung dienen.

1. Abschluss und Übergabe der Ergebnisse auch vom BAG an das SEM
  - Gemeinsame Besprechung der Ergebnisse mit dem Ziel den Variantenentscheid zu validieren und die nächsten Umsetzungsschritte zu definieren.
  - Kickoff eines Vorprojektes unter Federführung des SEM.
2. Vertiefung der Analyse
  - Falls basierend auf den vorliegenden Informationen keine Entscheidung getroffen werden kann, könnte die Analyse weiter vertieft werden, insbesondere könnten die Prozesse auf kantonaler Ebene und deren Unterschiede genauer untersucht werden. Auch Best Practice Lösungen aus unterschiedlichen Regionen, wie z.B. Lausanne könnten genauer untersucht werden.
  - Für das SEM würde es sich anbieten, zunächst und zumindest die bisherigen Prozesse auf Bundesebene zu optimieren (die bestehenden Medienbrüche und die langen Durchlaufzeiten könnten durchaus auch bereits ohne EPD-Einsatz optimiert werden).
3. Vorstudie der präferierten Umsetzungsvariante
  - Falls klar ist, welche Variante in Frage kommt, könnte die Variante hinsichtlich prozessualer und technischer Umsetzbarkeit und der Finanzierung genauer untersucht werden («Vorstudie») und ein detailliertes Vorgehen zur Realisierung analysiert und erarbeitet werden.
  - Diese «Vorstudie» könnte als Grundlage für eine Entscheidungsfindung dienen, ob eine allfällige Realisierung angegangen werden soll und wie genau das abgewickelt werden könnte. Insbesondere wäre hier an den Einbezug weiterer Stakeholder, namentlich der kantonalen Akteure/SODK, der Kostenträger (KV) sowie ggf. Gemeinde- und Leistungserbringerverbände (FMH, H+, etc.) zu denken.
4. Initiierung des Projekts (mit allen relevanten Stakeholdern)
  - Im Anschluss an die Vorstudie, worin die unterschiedlichen Aspekte einer möglichen Realisierung beleuchtet (Prozesse, Evaluierung techn. Lösungsvarianten, Analyse des Stakeholder-Umfelds, Berücksichtigung der Abhängigkeiten und Rahmenbedingungen etc.) wurden, könnte das konkrete Projekt initiiert werden.
5. Realisierung

- Durchführung des Realisierungsprojekts.

Die Mandatnehmerin Bright Insight GmbH steht selbstverständlich gerne für eine Fortführung oder eine weitere Unterstützung des BAG oder anderer Stakeholder (z.B. SEM) bereit.