

Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers

Position von ARTISET

Datum

07.07.2022

Inhaltsverzeichnis

1.	Ausgangslage	3
2.	Position von ARTISET	4
2.1	Benutzerfreundlichkeit des EPD	4
2.2	Tiefe Integration der Informationssysteme der Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen	4
2.3	EPD-Architektur für dynamische Daten	4
2.4	Zentralisierte Ablage der Daten	5
2.5	Nutzung der EPD-Infrastruktur für Zusatzdienste	5
2.6	Interoperabilität und Semantik	5
2.7	Verzeichnisse der Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen	6
2.8	Nationale Koordinationsstelle	6
2.9	Ersatz der aktuellen Zertifizierung durch eine staatliche Anerkennung	6
2.10	Finanzierung von EPD-Infrastruktur und -Betrieb	6
2.11	Anschluss der Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen an eine (Stamm-)Gemeinschaft	7
2.12	Eröffnung von EPD durch die Patient:innen	7
2.13	Eindeutiger Patient:innenidentifikator	8
2.14	Datenschutz und der Datensicherheit	8

1. Ausgangslage

Ende 2011 wurde das Eidg. Departement des Innern (EDI) beauftragt, einen Vorentwurf zur Einführung eines elektronischen Patientendossiers auszuarbeiten. Im Mai 2013 überwies der Bundesrat eine entsprechende Botschaft ans Parlament. Im Juni 2015 wurde das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) vom Parlament verabschiedet. Gesetz und Umsetzungsrecht wurden auf Mitte April 2017 in Kraft gesetzt. Von der neuen Gesetzgebung sind auch die Institutionen im Alters- und Behindertenbereich betroffen, die ihre Leistungen zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbringen.

ARTISET bzw. ihr Branchenverband CURAVIVA engagierten sich von Anfang an bei den Umsetzungsarbeiten zum EPD. Die Haltung der Föderation gegenüber dem neuen Instrument war und ist grundsätzlich positiv, hinsichtlich konkreter umsetzungsbezogener Aspekte teilweise auch kritisch. Die Kritik hat zum Ziel, dass das EPD auch für Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf zu einem nützlichen Instrument wird.

Das Parlament begleitete die Arbeiten zur Einführung des EPD kritisch, aber mit grossem Interesse. Zahlreiche Interpellationen und Vorstösse wurden eingereicht und behandelt.

Im Bericht zum überwiesenen Postulat von Nationalrat Laurent Wehrli [18.4328](#) «Elektronisches Patientendossier. Was gibt es noch zu tun bis zu seiner flächendeckenden Verwendung?» hat der Bundesrat eine Reihe von Massnahmen zur Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers (EPD) im August 2021 in Aussicht gestellt.¹

Am 4. Februar 2022 reichte die Gesundheitskommission des Nationalrats (SGK-N) eine Motion [22.3015](#) mit Titel «Elektronisches Patientendossier. Praxistauglich gestalten und finanziell sichern» ein. Angesichts der Schwierigkeiten bei der EPD-Implementierung wurde eine Reihe von Ansätzen zur kostendeckenden Finanzierung sowie zur Weiterentwicklung des EPD formuliert. Zudem regte die SGK-N eine aus ihrer Sicht notwendige verbesserte Benutzertauglichkeit des EPD und den Abbau der administrativen Hürden an. Die technische und organisatorische Komplexität des EPD solle reduziert werden; Datenaufnahme und -austausch sollen vereinheitlicht werden; eine Einbindung in die digitalen Geschäftsprozesse der Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen wird beabsichtigt. Der Nationalrat nahm die vom Bundesrat zur Annahme empfohlene Motion am 11. Mai 2022 an. Die Debatte im Ständerat steht heute noch an.

Parallel dazu teilte der Bundesrat am 27. April 2022 summarisch mit, wie er das EPD weiterentwickeln will: Das EPD soll auch ein Instrument der OKP werden. Die Krankenversicherer sollen aber keinen Zugriff auf das EPD erhalten. Gemäss Idee des Bundesrats sind die Kantone für den Betrieb der (Stamm-)Gemeinschaften zuständig, der Bund hingegen für die Weiterentwicklung des EPD. Wesentliche Themen bei der Weiterentwicklung sind: Aktuelle Freiwilligkeit der Patient:innen, Verpflichtung aller ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen, ein EPD zu führen, Ermöglichung der Nutzung der technischen EPD-Infrastruktur für Zusatzdienste (z.B. Patient:innenüberweisung). Darüber hinaus ist zu prüfen, wie ein

¹ Bundesrat (2021). «Elektronisches Patientendossier. Was gibt es noch zu tun bis zu seiner flächendeckenden Verwendung?», Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.4328 Wehrli vom 14. Dezember 2018; vgl. [Link](#).

künftiger staatlicher elektronischer Identifikationsnachweis (E-ID) für den Zugang zum EPD genutzt werden kann.

Mit dem EPD soll die Qualität der medizinischen Behandlungsprozesse und der medizinischen Versorgung verbessert, unnötige oder doppelte Behandlungen vermieden, die Patient:innensicherheit erhöht und die Gesundheitskompetenz der Patient:innen gefördert werden. Der erwartete Nutzen des EPD kann sich allerdings nur einstellen, wenn das Instrument von der Bevölkerung und von den Gesundheitsfachpersonen auch genutzt wird. - In seiner Antwort auf die Interpellation Dittli 22.3238 vom 25. Mai 2022 musste der Bundesrat allerdings eingestehen, «dass rund um das EPD diverse Herausforderungen bestehen, die die Einführung und Verbreitung behindern».

2. Position von ARTISET

Unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der Implementierungs- und Entwicklungsprozesse des EPD in der Schweiz, angesichts der entstandenen Schwierigkeiten, aber auch in Anbetracht der Effizienz- und Qualitätsgewinne, die das EPD und die Digitalisierung im Gesundheitsbereich (eHealth) nach wie vor versprechen, nimmt ARTISET und ihre Branchenverbände wie folgt Stellung zur anstehenden Weiterentwicklung des EPD:

2.1 Benutzerfreundlichkeit des EPD

Aus Sicht von ARTISET ist eine Erhöhung der Benutzerfreundlichkeit unabdingbar – und zwar sowohl für die Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen als auch für (ältere) Patient:innen. Die Nutzung des EPD als Instrument des interprofessionellen Austausches muss sich in die Alltagsabläufe der Gesundheitsdienstleister einfügen lassen. Nur so wird die notwendige Akzeptanz seitens der Pflegefachpersonen steigen. Was die Patient:innenseite betrifft, so ist die Komplexität der nötigen Schritte, um ein Patientendossier zu eröffnen und zu pflegen noch zu wenig benutzerfreundlich ausgestaltet und bremst so die Verbreitung des Instruments. Gerade betagte Menschen und ihre in vielen Fällen auch schon älteren Angehörigen sowie Menschen mit einer Behinderung sind in besonderem Mass auf einen niederschweligen Zugang zum EPD und eine auf ihre Fähigkeiten angepasste Benutzerfreundlichkeit angewiesen.

2.2 Tiefe Integration der Informationssysteme der Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen

Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen sollen ihre Primärsysteme direkt ins EPD integrieren können. Zu diesem Zweck sollen sie ihre internen Informationssysteme mit entsprechenden automatisierten Schnittstellen ausrüsten (lassen). Die Integration muss jedoch in einem vertretbaren Aufwand-Nutzen-Verhältnis stehen. In diesem Sinne sind insbesondere die Anbieter der Primärsysteme und die (Stamm-)Gemeinschaften gefordert, sinnvolle Lösungen zu vertretbaren Preisen bereitzustellen.

2.3 EPD-Architektur für dynamische Daten

Über das Sammeln von behandlungsrelevanten PDF-Dokumenten hinaus muss das EPD mittelfristig den Austausch von strukturierten dynamischen Daten ermöglichen. Gerade bei Patient:innen mit komplexen Krankheitsbildern ist das Sichten einer Vielzahl von Dokumenten, um an die nötigen behandlungsrelevanten Informationen zu gelangen, mit einem (zu) grossen Aufwand verbunden und birgt auch das Risiko,

dass gewisse medizinische Daten veraltet und/oder lückenhaft sind. Der Rückgriff auf Suchmasken reduziert dieses Risiko nur teilweise. Deswegen muss die Veränderbarkeit der Strukturen der medizinischen Daten zum Zeitpunkt der Anfrage gewährleistet werden (dynamische Daten).

2.4 Zentralisierte Ablage der Daten

Damit sowohl dynamische als auch statische Daten in Echtzeit verfügbar sind, muss ein zentraler Dienst die Ablage dieser Daten ermöglichen. Dies kann mit verschiedenen technischen Lösungen realisiert werden, z.B. durch eine einzige (Stamm-)Gemeinschaft oder auch durch ein Zusammenführen unterschiedlicher Datenablagen von dezentralen Strukturen.

Wenn am dezentralen System der Stammgemeinschaften festgehalten wird, soll mindestens gewährleistet werden, dass durch die Interoperabilität der von den unterschiedlichen (Stamm-)Gemeinschaften verarbeiteten Daten eine virtuelle zentrale Infrastruktur entsteht. Vorab müssen jedoch zwei Anforderungen sorgfältig geprüft werden, nämlich:

- Das tatsächliche Potenzial eines Effizienzgewinns durch eine solche Zentralisierung im Vergleich zur heute praktizierte dezentralen Ablagelösung;
- Die erforderlichen Voraussetzungen an die Zulässigkeit einer zentralen Ablage gegenüber den erhöhten Anforderungen des im September 2020 revidierten Datenschutzgesetzes.

2.5 Nutzung der EPD-Infrastruktur für Zusatzdienste

ARTISET befürwortet die Nutzung der technischen Infrastruktur des EPD für Zusatzdienste. Ziel ist insbesondere, dass die Komponenten nicht doppelt aufgebaut werden müssen. Betroffen sind etwa ein eindeutiges Patient:innenidentifikator (Kennzeichen), die Patient:innenüberweisung, oder auch ein Verzeichnis der Leistungserbringer. Insbesondere soll die Integration von B2B-Services und deren direkte Anbindung ans EPD angestrebt werden (beispielsweise eRezepte, eMedikation). Ziel ist eine markante Reduzierung der aktuell bestehenden parallel laufenden Erfassungs- und Verarbeitungsprozesse.

Umgekehrt muss die Mehrfachnutzung der gesundheitlichen Daten eine Patienten /einer Patientin im Sinne des Once-Only-Prinzips gewährleistet werden: Die Erfassungs- und Verarbeitungsprozesse (Beschaffung, Haltung und Auswertung der Daten) sollen nicht redundant erfolgen.

2.6 Interoperabilität und Semantik

Administrative und medizinische Daten und Dokumente sollen entlang der Behandlungskette zwischen allen Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen interoperabel ausgetauscht, bearbeitet und wiederverwendet werden können. Zu diesem Zweck muss die Interoperabilität der medizinischen und administrativen Daten gewährleistet werden: So sollen die Informationen zwischen den unterschiedlichen involvierten Systemen austauschbar sein. Zu diesem Zweck sollen nationale Standards für die Strukturierung der Daten und für den medienbruchfreien Austausch zwischen den einzelnen Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen geschaffen sowie die Einbindung des EPD in die digitalen Geschäftsprozesse zwischen den Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen gewährleistet werden.

Sowohl auf organisatorischer als auch auf technischer Ebene muss die Interoperabilität der IT-Systeme der involvierten Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen gewährleistet werden. Voraussetzung dazu ist insbesondere der Aufbau einer gemeinsamen übergreifenden Semantik auf nationaler Ebene mittels Standardisierung und Harmonisierung der relevanten Metadaten.

2.7 Verzeichnisse der Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen

Mit der Schaffung von Verzeichnissen bzw. eines Verzeichnisses der an einer bestimmten (einzelnen) Behandlungskette beteiligten Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen soll gewährleistet werden, dass einerseits die Vollständigkeit und andererseits die Berechtigungen zur Beschaffung und Nutzung der gesundheitlichen Daten in jedem Einzelfall nachvollziehbar ist.

2.8 Nationale Koordinationsstelle

ARTISET hält die Errichtung einer auf nationaler Ebene übergreifenden Koordinationsstelle, die beauftragt und befugt wäre, die Standardisierung und Interoperabilität verbindlich umzusetzen, für notwendig.

Eine solche nationale Koordinationsstelle muss den Betrieb nationaler Datenbanken gewährleisten und kontrollieren, Interoperabilität sowie Semantik-Dienstleistungen entwickeln und koordinieren, die Erstellung von Verzeichnissen der relevanten Metadaten vorantreiben, Beratungsleistungen zur Verfügung stellen, Datenschutz und Datensicherheit kontrollieren, die Vergabe und Umsetzung von zweckgebundenen Finanzhilfen vornehmen und deren Verwendung überwachen.

2.9 Ersatz der aktuellen Zertifizierung durch eine staatliche Anerkennung

ARTISET beantragt eine vertiefte Prüfung zu Chancen und Risiken sowie der Kosten und des zu erwartenden Ertrages eines möglichen Ersatzes der aktuellen Zertifizierung der EPD-Gemeinschaften und Stammgemeinschaften durch eine staatliche Anerkennung, damit EPD-Vertrauensräume entstehen können.

2.10 Finanzierung von EPD-Infrastruktur und -Betrieb

Grundsätzliches

Die Führung des EPD löst sowohl einmalige Kosten, zum Beispiel für Hard- und Software inklusive Schulung als auch wiederkehrende Kosten, wie etwa Lizenzgebühren und Personalkosten bei den Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen aus.

Die Finanzierung des EPD muss lückenlos geregelt sein: Neben den Kosten für den Anschluss an einer (Stamm-)Gemeinschaft entstehen hohe Aufwände für die Personalbildung, die Information und Unterstützung der Patient:innen, die Infrastrukturkosten inkl. Beschaffung der nötigen Softwares usw.

Unabdingbar ist aus Sicht von ARTISET, dass bei Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf, die Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen, eine Finanzierung sichergestellt wird, die die Abdeckung ihrer tatsächlichen Kosten für die EPD-Infrastruktur und deren Betrieb gewährleistet.

Pflegekosten

Die OKP übernimmt die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). In diesem Zusammenhang sind u. a. alle Kosten, die für das Führen des EPD von Patient:innen anfallen, grundsätzlich durch die OKP abzudecken. Die einmalig anfallenden Kosten wie diejenigen für Hard- und Software sowie wiederkehrende Kosten wie Lizenzgebühren sollen über die OKP abgerechnet werden. Dies setzt die Einhaltung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit durch den Leistungserbringer voraus.

Restkosten

Nicht in den Leistungsbereich der OKP gehört die Information der Patient:innen über das EPD. Dies ist Aufgabe der Stammgemeinschaft (vgl. Art. 15 EPDV). Die dabei anfallenden Kosten sind durch Betriebsmittel der entsprechenden Stammgemeinschaft zu decken. Dies soll auch dann gelten, wenn die interne Organisation der Stammgemeinschaft so ausgestaltet ist, dass die Informationspflicht durch Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen wahrgenommen wird.

Die bei den Leistungserbringern, die Leistungen zulasten der OKP abrechnen, anfallenden restlichen Kosten für die Einführung und den Betrieb des EPD sollen durch die Restfinanzierer (Kantone/Gemeinden) vollumfänglich übernommen werden: Da die Beiträge der Krankenversicherer und der Patient:innen an die Pflegekosten prozentual bzw. betraglich limitiert sind und es sich bei den EPD-Kosten nicht nur um pflegerische Leistungen nach Artikel 7 KLV handelt, sind die Kosten ausserhalb der Pflegeleistungen durch die Restfinanzierer zu übernehmen. Gemäss Urteil des Bundesgerichts 9C_446/2017 vom 20. Juli 2018 müssen die Kantone für die Pflegerestkosten vollständig aufkommen und somit auch für die mit der Einführung und Umsetzung des EPD im Zusammenhang stehenden Kosten.

Verbundkosten

Die – aus Sicht von ARTISET an sich wünschenswerte – Nutzung der EPD-Infrastruktur auch für Zusatzdienste und administrative Belange generiert zusätzliche Kosten und führt zur Erbringung von gemeinsam genutzten Leistungen sowie zum Aufbau von Instrumenten. Um deren Betrieb und Weiterentwicklung zu gewährleisten, ist die Implementierung nachhaltiger Finanzierungsmodelle notwendig.

Die Einbindung der Krankenversicherer hinsichtlich Finanzierung und möglicher Datennutzung des EPD setzt voraus, dass die daraus entstehenden Folgen vorgängig sorgfältig geprüft werden. Eine Veränderung der Finanzierungsverantwortungen und -flüsse darf die Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen nicht beeinträchtigen, wenn die Preisstrukturen verändert werden.

2.11 Anschluss der Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen an eine (Stamm-)Gemeinschaft

Gemäss ARTISET sollen alle im Rahmen des KVG ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen verpflichtet werden, ein EPD zu führen. Das ist heute nur teilweise der Fall, auch wenn der Bundesrat einen entsprechenden Auftrag im März 2021 mit der Überweisung der Motion 19.3955 erhalten.

Für Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen, welche keine Leistungserbringer im Sinne des KVG sind (beispielsweise Osteopath:innen, die über keine ärztliche Ausbildung verfügen), bleibt der Einsatz des EPD freiwillig. Aus Sicht von ARTISET braucht diese Differenzierung im Moment nicht aufgehoben zu werden.

2.12 Eröffnung von EPD durch die Patient:innen

Aus Sicht von ARTISET kann die Freiwilligkeit der Patient:innen, im Sinne des Opt-In ein EPD zu eröffnen tatsächlich die Effektivität des Instruments schmälern. ARTISET regt an, dass die Vorteile und der Nutzen eines Opt-Out-Modells sorgfältig geprüft werden, gerade auch mit Blick auf ältere Bevölkerungsgruppen sowie Menschen mit einer Behinderung.

Allen Massnahmen zur vermehrten Nutzung des EPD in der Bevölkerung vorgelagert steht allerdings die Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit im Allgemeinen sowie für ältere Menschen und Menschen mit einer Behinderung im Besonderen.

2.13 Eindeutiger Patient:innenidentifikator

Für ein geordnetes Datenmanagement sind Identifikatoren unerlässlich, welche die korrekte Zuordnung von Dateninhalten auf die in der Behandlungskette involvierten Akteure (Patient:innen sowie medizinische Fachpersonen und -einrichtungen) ermöglichen.

Gerade wegen dem hohen Wert des Digitalisierungspfads muss Sorge getragen werden, dass niemand abgehängt wird. Die Zugangsgerechtigkeit muss in jedem Fall gewährleistet werden; dies insbesondere im Falle von älteren Menschen und kognitiv beeinträchtigten Personen oder eher bildungsfernen Personen sowie Menschen mit sprachlichen Schwierigkeiten.

ARTISET befürwortet die Schaffung eines eindeutigen digitalen Patient:innen-Identifikators (Kennzeichens) im Bereich der OKP. Zu diesem Zweck ist der Rückgriff zur künftigen staatlichen E-ID für den Zugang zum EPD wahrscheinlich sinnvoll; dies muss aber noch vertieft geprüft werden.

2.14 Datenschutz und der Datensicherheit

Ein sicherer Datenaustausch muss im Rahmen der Beschaffung, der Übermittlung und der Nutzung der Daten gewährleistet sein. Die erhöhten Anforderungen des im September 2020 in Kraft getretenen revidierten Datenschutzgesetzes müssen eingehalten werden.

Auch wenn das EPD als Instrument der OKP künftig konzipiert werden sollte, dürfen die Krankenversicherer keinen Zugriff auf den Inhalt der einzelnen EPD erhalten.