



25.074 Heilmittelgesetz (Revision 3a). Änderung
Mandat an die Verwaltung im Rahmen der SGK-S Sitzung vom 23. April 2026

Bericht zum Auftrag der SGK-S – eMedikation

Auftrag an die Verwaltung

Die Verwaltung wurde beauftragt, zusätzliche Übergangsbestimmungen bis zur Einführung von SwissHDS zu prüfen und einen Formulierungsvorschlag zu erarbeiten. Zudem sollen die folgenden Fragen beantwortet werden:

- Ist die Definition einer Zielarchitektur als Übergangslösung bis zur Realisierung des Gesundheitsdatenraum (Swiss Health Data Space [SwissHDS]) für das eRezept und die eMedikation vorgesehen, die unabhängig vom SwissHDS funktioniert, und wie sieht diese aus? (siehe Kap. 2)
- Welche Infrastrukturkomponenten bzw. Basisdienste werden für die Umsetzung durch den Bund bereitgestellt und welche müssen durch Private betrieben werden? (siehe Kap. 3)
- Braucht es dazu Bestimmungen/Mindestanforderungen im HMG (als Übergangsbestimmungen) und was wird auf Verordnungsstufe geregelt (Betrieb der Datenablage inkl. Governance, Datennutzung, Interoperabilitätsstandards und Austauschformate, Signatur- und Authentifizierungslösungen für Leistungserbringer)? (siehe Kap. 2 und 3)
- Was wäre die Kostenschätzung für diese Übergangslösung und welche Finanzierungsmöglichkeiten sieht das BAG? (siehe Kap. 2)

Zusammenfassung

Heute sind die Verschreibung von Arzneimitteln und die Einlösung von Rezepten sowie die Führung von Medikationsplänen in der Schweiz nur teilweise digitalisiert und stark fragmentiert. Verschiedene Anbieter arbeiten mit unterschiedlichen technischen Ansätzen, Medikationsdaten bleiben meist in Primärsystemen der Gesundheitsfachpersonen (GFP) oder bei den Patienten und es gibt keinen allgemein abrufbaren, aktuellen Medikationsplan pro Patientin oder Patient. Obschon Marktakteure in den letzten Jahren investiert haben, fehlt zurzeit ein flächendeckendes Modell.

Mit dem SwissHDS soll ein prozessunterstützendes, datenbasiertes System geschaffen werden, das über gemeinsame Basisdienste die Identität, die Zugriffsrechte, den Patientenindex und einen sicheren Datenaustausch sicherstellen kann. Damit soll künftig für jeden Patienten oder jede Patientin und für alle an der Behandlung beteiligten GFP ein aktueller Medikationsplan verfü- und bearbeitbar sein.

Bis zur Einführung des SwissHDS sollen in der HMG 3a-Revision auf Gesetzesstufe und Verordnungsstufe verbindliche Anforderungen an die Interoperabilität, Signatur und die Sicherheitsanforderungen der Systeme eingeführt werden. Zudem soll auf Gesetzesstufe bereits jetzt aufgenommen werden, dass das BAG ein Verzeichnis zur Verfügung stellt, damit die Systeme interoperabel Daten austauschen können.

Ziel dieser vorgelagerten gesetzlichen Anpassung ist es, dass die Voraussetzungen für ein flächendeckendes Ausrollen des elektronischen Rezepts und des Medikationsplans möglich sind, ohne die künftige Zielarchitektur des SwissHDS zu blockieren. Um sicherzustellen, dass der Markt wichtige Komponenten und Dienste auch liefert, können eine rechtliche Grundlage für eine Co-Finanzierung, verbindliche Konformitäts- und Interoperabilitätstests sowie klare Förder- und Vertragsbedingungen dazu beitragen, dass Engpässe vermieden und der Betrieb sichergestellt werden kann. Gleichzeitig können entsprechende Vereinbarungen Voraussetzungen festlegen, die eine spätere Integration der Übergangslösungen in den SwissHDS erleichtern. Von einem Vorgehen von Regelungen des Bundesgesetzes über den digitalen Datenraum Gesundheit (BDG), mit denen ein Aufbau und Betrieb von Basis- und Fachdiensten des SwissHDS bereits im HMG verankert werden, empfiehlt die Verwaltung aufgrund komplexer Anforderungen abzusehen.

1. Situation heute

Der Nutzen digitaler Medikationsprozesse ist heute noch begrenzt, da die Verschreibung von Arzneimitteln, die Einlösung von Rezepten sowie die Führung von Medikationsplänen in der Schweiz nur teilweise digitalisiert und stark fragmentiert sind. Dies gilt besonders dort, wo Informationen nicht fließen, Marktlösungen nicht in die Primärsysteme der Gesundheitsfachpersonen (GFP) integriert sind und Teile der Medikation für Weiterbehandelnde faktisch verborgen bleiben.

1.1 e-Rezept

Die heute existierenden und geplanten Lösungen für elektronische Rezepte unterscheiden sich deutlich in ihrer technischen Umsetzung. Beim am weitesten verbreiteten «E-Rezept Schweiz» (Lösung von FMH und pharmaSuisse) werden die Rezeptdaten im eMediplan-Format direkt im Code mitgegeben und nicht zentral gespeichert; andere Lösungen speichern die Rezeptdaten zentral und nutzen den Code nur als Verweis darauf. Untereinander sind die verschiedenen Lösungen nicht interoperabel.

1.2 Medikationspläne

Auch bei den Medikationsplänen sind die Informationen weitgehend in den Primärsystemen der GFP gespeichert. Der Patient ist der Hauptträger der Information zwischen den Behandelnden (Papier, QR-Code, App, mündlich oder Direktübermittlung, z.B. Spital an Hausarzt). Für die Führung eines Medikationsplans und den Medikationsabgleich können GFP nur auf die Daten im eigenen System sowie auf Informationen zugreifen, die ihnen durch Patientinnen, Patienten oder andere GFP bereitgestellt werden (einschliesslich einer allfälligen Ablage im EPD). Ein übergreifender Zugriff aller GFP auf einen eindeutigen, aktuellen und gemeinsam geführten Medikationsplan im Sinne einer „single source of truth“ existiert heute nicht.

1.3 Kompatibilität des Medikationsmanagements mit aktuellem EPD

Das heutige EPD stellt sicher, dass relevante Dokumente zur richtigen Zeit der richtigen Person zur Verfügung stehen, es bildet aber derzeit noch keine Behandlungsprozesse ab. Das Medikationsmanagement ist hingegen ein Prozess (z.B. Verschreibung durch Arzt 1, Substitution oder Abgabe durch Apothekerin 1, Absetzen durch Arzt 2). Die aktuelle EPD-Architektur erlaubt deshalb kein konsistentes und integratives Medikationsmanagement. Die Ablage aller für eine Person ausgestellten Medikationspläne verschiedener GFP im EPD verschafft jedoch zumindest einen Überblick, der sonst nur durch Patientinnen und Patienten oder ihre Begleitpersonen vermittelt wird – etwa durch mündliche Angaben oder das Vorzeigen mitgebrachter Medikamente.

1.4 Verfügbare Anbieter

Die Anbieter der heute national verfügbaren Lösungen für E-Rezept und eMediplan (namentlich sind das die Akteure rund um die Initiative E-Rezept Schweiz sowie die IG eMediplan) sind in erheblichem Mass in finanzielle Vorleistung gegangen und mussten feststellen, dass sich mit der eMedikation – abgesehen von üblichen Lizenzgebühren für einzelne Komponenten, wie z.B. die Nutzung von HIN-Diensten oder HCI-Verzeichnissen – bislang kein tragfähiges Geschäftsmodell realisieren lässt.

1.5 Fazit

Für eine schweizweit funktionierende elektronische Verschreibung und eMedikation braucht es interoperable Standards sowie einheitliche Schnittstellen zur Prüfung von Authentizität, Integrität und zum Einlösestatus.

Beispiel Situation heute:

Die Hausärztin von Frau B. weiss, welche Medikamente Frau B. einnimmt, weil sie sie ihr verschrieben hat und die Information in ihrem Primärsystem gespeichert ist. Wenn Frau B. nun zu einem Spezialisten geht, ist die Hausärztin darauf angewiesen, dass die Medikation, die der Spezialist verschreibt, ihr entweder vom Spezialisten selbst (z.B. per E-Mail oder Post) oder durch Frau B. mitgeteilt wird. Sofern Frau B. über ein EPD verfügt und sowohl die Hausärztin als auch der Spezialist angeschlossen ist, können beide Gesundheitsfachpersonen den Medikationsplan auch dort ablegen und ihn somit teilen. Da viele Patientinnen und Patienten heute keine Hausärztinnen und Hausärzte mehr haben und vermehrt auf verschiedene Permanence Angebote ausweichen, sind auch die Medikationsinformationen entsprechend verteilt. Zudem sind bei chronisch Kranken und betagten Menschen oft eine Vielzahl von Fachpersonen involviert, welche auf die Übermittlung der Informationen durch die Patientinnen und Patienten angewiesen sind.

2. Übergangslösung bis der SwissHDS etabliert ist

Mit der Revision HMG 3a sollen für die elektronische Verschreibung und den Medikationsplan in einem ersten Schritt die Mindestanforderungen für den Medikationsprozesses definiert werden. Diese Übergangslösung soll die Probleme der heutigen Fragmentierung entschärfen und die Prozesse in Praxen und Apotheken standardisieren, ohne bereits eine „echte“ Zielarchitektur mit zentralen Diensten zu realisieren. Die vorgeschlagenen Anpassungen auf Stufe HMG haben zum Ziel, dass das e-Rezept und der Medikationsplan flächendeckend eingeführt werden können. Dies wird durch die Standardisierung von Schnittstellen und Datenformaten ermöglicht. Mit der Festlegung dieser Standards wird die Interoperabilität zwischen den verschiedenen auf dem Markt verfügbaren Systemen gewährleistet.

2.1 Die Architektur der Übergangslösung

Zum jetzigen Zeitpunkt ist die konkrete Ausgestaltung der neuen Regelungen zum elektronischen Gesundheitsdossier (E-GD) und zum SwissHDS sowie das definitive Inkrafttreten des BDG nicht vollständig bekannt. Die Digitalisierung von Verschreibungen und Medikationsplänen soll dennoch rasch umgesetzt werden. Deshalb wurden die Pflichten im HMG bewusst so ausgestaltet, dass sie bereits heute eigenständig funktionieren. Gleichzeitig sollen sie später reibungslos in die Zielarchitektur mit E-GD und SwissHDS integriert werden.

Wer elektronische Verschreibungen ausstellt oder zur Einlösung entgegennimmt oder elektronische Medikationspläne erstellt oder aktualisiert, muss dafür Systeme verwenden, die Folgendes gewährleisten:

- Integrität und Authentizität (Signatur bzw. gleichwertige Übermittlungswege);
- Datensicherheit (insbesondere durch die Authentifizierung der Nutzerinnen und Nutzer sowie die Protokollierung der Zugriffe);
- Interoperabilität;
- sowie bei E-Rezepten: Schutz vor Mehrfacheinlösung.

Zudem stellt das BAG den Betreibern der Systeme ein Verzeichnis zur Verfügung, aus dem sie die technischen Angaben, wie die einzelnen Systeme Informationen austauschen, abrufen können.

Die oben genannten Anforderungen an die Systeme werden vom Bundesrat auf Verordnungsstufe näher umschrieben (zudem kann er das BAG ermächtigen, technische Einzelheiten zu regeln).

2.2 Regulierungen im Verordnungsrecht

Die für die Übergangslösung vorgesehenen Regulierungen sollen auf Verordnungsstufe konkretisiert werden. Vorgesehen sind insbesondere:

- Festlegung Interoperabilitätsstandards und Austauschformate
 - Umsetzung Standardempfehlungen von DigiSanté

- verbindliche technischen Schnittstellen und Datenformate für elektronische Verschreibungen und Medikationspläne.
 - Sicherstellung, dass dieselben Standards im E-GD und im SwissHDS verwendet werden (u.a. semantische Vorgaben, Profile für den Dokumentenaustausch und Statusänderungen, Schnittstellen für den Abgleich von Patientenidentitäten sowie Authentisierungs- und Autorisierungslösungen)
- Betrieb Datenablage und Governance
- Ausgestaltung und Anforderungen an Systeme, welche elektronische Verschreibungen und Medikationspläne speichern und aufbereiten (z.B. Vorgaben zu Berechtigungen, Protokollierung, Aufbewahrung und Datensicherheit).
 - Der Bund selbst möchte diese Fachdienste nicht betreiben; der Markt soll sie bereitstellen (siehe auch Motion Müller Damian 20.3209 «*Elektronische Rezepte für Heilmittel. Bessere Qualität und höhere Patientensicherheit*»).
- Signatur- und Authentisierungslösungen für Leistungserbringer
- Festlegung, welche Herausgeber von Authentisierungsmitteln zugelassen sind und welche Sicherheitsniveaus für Signaturen und Zugriffe gelten.
 - ggf. strengere datenschutzrechtliche Vorgaben als das allgemeine Datenschutzrecht und werden mit E-GD und SwissHDS harmonisiert.
- Verzeichnis der Kommunikationsparameter
- Das BAG stellt ein zentrales Verzeichnis der Kommunikationsparameter zur Verfügung, damit die Systeme einander finden und sicher ansprechen können.

2.3 Anbieter

Offen bleibt, welche privaten Anbieter sich am Markt etablieren, welche technischen Lösungen tatsächlich angeboten werden und in welchem Umfang diese Lösungen interoperabel umgesetzt, wirtschaftlich tragfähig und flächendeckend verfügbar sein werden. Ebenso unklar ist, welche Geschäftsmodelle sich durchsetzen, wie die Governance- und Haftungsfragen geregelt werden und welche Migrationsaufwände bei einer späteren Integration in E-GD/ SwissHDS entstehen. Diese Unsicherheiten machen weiterhin begleitende Marktbeobachtung, klare Vorgaben in der Verordnung sowie frühzeitige Konformitäts- und Interoperabilitätstests erforderlich.

2.4 Vorteile

- Die Standard- und Interoperabilitätsvorgaben tragen dazu bei, dass die Hersteller der Primärsysteme sich auf die Integration dieser Formate in die IT-Systeme fokussieren können.
- Einheitliche Anforderungen an Signatur, Authentisierung und Datenschutz erhöhen die Informationssicherheit.
- Die Pflicht, elektronische Rezepte entsprechend «auszuchecken» und eine systemübergreifende Aktualisierung vorzunehmen, verhindert Mehrfacheinlösungen.

2.5 Risiken

Die Übergangslösung sieht vor, dass der private Markt und nicht der Bund die im elektronischen Medikationsprozess notwendigen Teilschritte bereitstellen soll. Falls der Markt die für den digitalen Medikationsprozess notwendigen Fachdienst-Komponenten (Prozessunterstützung durch Module, Speicherung/Aufbereitung von medikationsrelevanten Daten, Orchestrierung der Prozesse) nicht oder nicht in ausreichender Qualität bereitstellt, besteht das Risiko, dass keine flächendeckende Lösung für elektronische Rezepte sowie kein einheitlicher Medikationsplan etabliert werden können und damit die Fragmentierung weiter bestehen bleibt.

2.6 Möglichkeit zur Mitigation der Risiken

Zur Begrenzung der in Abschnitt 2.5 beschriebenen Risiken könnten gezielt Marktanreize geschaffen werden. Heute darf der Bund die Marktlösungen nicht finanziell unterstützen. Die Bundesverwaltung

darf nur Subventionen sprechen in Form von Finanzhilfen oder Abgeltungen zur Finanzierung von Vorhaben Dritter, wenn dafür eine spezialgesetzliche Grundlage vorhanden ist. Eine Co-Finanzierung der marktgetriebenen Medikationslösungen durch den Bund (gestützt auf eine klare Rechtsgrundlage im HMG) kann sinnvoll sein, weil die flächendeckende Verfügbarkeit interoperabler eMedikationsdienste ein öffentliches Gut mit hohen positiven Externalitäten für Patientensicherheit, Versorgungsqualität und Kosteneffizienz darstellt. Bundesmittel reduzieren das Risiko, dass notwendige Dienste aus wirtschaftlichen Gründen nicht entstehen oder nur regional bzw. unzureichend verfügbar sind. Gleichzeitig sichert eine gesetzliche Grundlage die Transparenz und Gleichbehandlung der Anbieter und ermöglicht eine Ausgestaltung der Dienstleistungsvereinbarungen, welche erlaubt, dass Übergangslösungen später nahtlos in die SwissHDS Zielarchitektur überführt werden können. Damit eine entsprechende Co-Finanzierung möglich wird, könnte ein Artikel ins Gesetz aufgenommen werden, der Anbieter von Systemen nach Art. 26a Abs. 4 unter gewissen Voraussetzungen finanziell unterstützt. Voraussetzungen, Verfahren, Höhe der Finanzhilfen und andere Vorgaben müssten auf Verordnungsebene noch genauer definiert werden. Wichtig ist dabei, dass Bundessubventionen nicht in redundante Parallelstrukturen oder in kurzfristige Insellösungen fliessen, die später obsolet würden. Gefördert werden sollten einzig Komponenten und Massnahmen, die direkt in die SwissHDS Zielarchitektur überführbar oder wiederverwendbar sind. Förderverträge müssen zudem klare Vorgaben enthalten, Laufzeit und Ausstiegsklauseln, Prüf- und Übergabemechanismen sowie Monitoring und Rückforderungsregelungen, um doppelte Ausgaben und Fehlinvestitionen zu vermeiden.

Im Anhang 1 findet sich ein Formulierungsvorschlag für eine Finanzierung von Anbietern von Systemen gemäss Art. 26a Abs. 4.

2.7 Limitationen

Medikationspläne können nur von denjenigen GFP eingesehen werden, welche in den Prozess der Verschreibung und Abgabe involviert sind. Eine Ausnahme bildet das aktuelle EPD. Dort abgelegte Medikationspläne können von allen berechtigten Fachpersonen eingesehen werden. Die Übergangslösung digitalisiert primär die Kernprozesse (Verschreibung, Abgabe, Medikationsplan). Angrenzende Prozesse und weiterführende Aspekte im Sinne einer Ende-zu-Ende-Lösung (wie z.B. die Nahtlosigkeit zu Marktzulassungs- oder Abrechnungsprozessen) werden in der Übergangslösung nicht adressiert. Diese nächsten Schritte sind im Rahmen des SwissHDS vorgesehen.

2.8 Fazit

Die Übergangslösung ist ein wichtiger Schritt in Richtung eines flächendeckenden elektronischen Medikationsprozesses. Eine Co-Finanzierung der marktgetriebenen Medikationslösungen durch den Bund könnte verhindern, dass eine Bereitstellung entsprechender Dienste durch den Markt aus wirtschaftlichen Gründen nicht oder nur regional bzw. unzureichend erfolgt.

Beispiel Situation nach Inkrafttreten HMG 3a:

Die Hausärztin verschreibt Frau B. ein neues Medikament gegen Schmerzen. Der Therapieentscheid basiert auf ihrer Anamnese und Untersuchung sowie auf einem Medikationsabgleich. Für die Verschreibung nutzt die Hausärztin die Lösung von E-Rezept Schweiz. Gleichzeitig aktualisiert die Hausärztin den elektronischen Medikationsplan.

Die Hausärztin übergibt das eRezept und den aktualisierten Medikationsplan an Frau B. in gedruckter Form, da sie dies so gewünscht hat. Eine gesicherte elektronische Übermittlung an Frau B. oder einen gewünschten Leistungserbringer wäre ebenfalls möglich. Zudem legt die Hausärztin den Medikationsplan ins EPD von Frau B.

Frau B. geht in ihre Quartierapotheke und die Fachperson Apotheke liest das eRezept ein. Für die Apotheke spielt es keine Rolle, durch welchen Anbieter das eRezept ausgestellt wurde. Die Fachperson Apotheke überprüft mit Hilfe des Systems die Gültigkeit des Rezepts, den Einlösestatus und weitere Details zum Medikament. Mit der Substitution des verschriebenen Schmerzmittels durch ein Generikum aktualisiert die Fachperson Apotheke den elektronischen Medikationsplan für Frau B. Eine Kopie des aktuellen Plans wird im EPD abgelegt.

Frau B. erhält anschliessend das Medikament und einen neuen Ausdruck ihres Medikationsplans. Das eRezept erhält den Status «Eingelöst» und kann somit nicht erneut eingelöst werden. Falls Frau B. den ausgedruckten Medikationsplan verliert, kann sie im EPD die dort abgelegten Versionen jederzeit wieder einsehen.

3. Zukünftige Lösung der eMedikation über den SwissHDS

Der SwissHDS wird zentrale Basisdienste bereitstellen. Dazu gehören beispielsweise solche zur Authentisierung/Autorisierung, ein Verzeichnis der GFP und deren Institutionen, ein Master Patient Index, das Consent Management, ein sicherer Datenaustausch, die konsequente Protokollierung und weitere Dienste. Auf diesen Diensten kann ein eMedikations-Fachdienst aufsetzen. Er speichert strukturierte Medikationsdaten, verwaltet Rezept und Einlösestatus und stützt sich auf standardisierte Schnittstellen und Profile. Praxissysteme, Spital- und Apothekensoftware synchronisieren automatisch mit dem Fachdienst und alle Zugriffe und Änderungen werden nachvollziehbar dokumentiert. Dieser Ansatz entspricht der international etablierten Praxis: Die im SwissHDS gewählten Standards (nach HL7® FHIR®) sind heute der häufig gewählte Standard für den strukturierten Austausch von Gesundheitsdaten und bilden die technische Grundlage vieler nationaler Lösungen. Beispielsweise hat Dänemark seine nationale eHealth-Infrastruktur und die zugehörigen Implementierungsleitfäden auf denselben Standardprofilen und Schnittstellen aufgebaut.

3.1 Vorteile

Mit dem SwissHDS wird der Schritt von einer primär dokumentenbasierten Kommunikation hin zu einer prozessgesteuerten, datenzentrierten und stark automatisierten eMedikationslandschaft vollzogen. Über den SwissHDS werden in Zukunft auch weiterführende Transformationsprozesse möglich – wie z.B. die Einbettung von Medikationsinformation in andere digitale Services und Formate (z.B. auch in den Notfallpass), oder auch nahtlose Übergänge zu Zulassungs- und Abrechnungsprozessen. Zudem bietet das Modell bessere Skalierbarkeit und klarere Governance-Strukturen und kann damit zusätzliche Mehrwerte bringen, wie z.B. zusätzliche Erhöhung der Patientensicherheit, und Unterstützung der Prozesse der Versorgungssicherheit.

3.2 Notwendige Umsetzungsarbeiten

Das Bundesgesetz über den digitalen Datenraum Gesundheit (BDG) – die rechtliche Grundlage für den SwissHDS – tritt voraussichtlich 2031 in Kraft. Bis dahin dürfen die Basisdienste des SwissHDS aufgrund fehlender Rechtsgrundlage nicht (ausserhalb von allfälligen Pilotprojekten) durch die Branche genutzt werden, es sei denn, die Nutzung findet im Rahmen bestehender Spezialgesetze statt. Grundsätzlich könnte im HMG die rechtliche Grundlage geschaffen werden, dass medikationsrelevante Basisdienste des SwissHDS durch den Bund betrieben und Branchenakteure diese bereits vor

Inkrafttreten des BDG nutzen dürfen. Gleichwohl lässt sich die konkrete Ausgestaltung, der Betrieb oder gar die vollständige technische Spezifikation dieser Basisdienste nicht – kurzfristig und ohne umfassende Vorarbeiten – verbindlich im HMG festlegen. Die Gründe sind vielfältig: Es fehlen noch abschliessende Entscheidungen zu Architektur, Governance, Sicherheits- und Datenschutzanforderungen und eine umfassende Regulierungsfolgeabschätzung; zudem sind umfangreiche Abstimmungen mit Kantonen, Leistungserbringern, IT-Anbietern und Datenschutzbehörden nötig. Von der Umsetzung der Basisdienste im Rahmen der HMG 3a-Revision ist deshalb abzuraten.

3.3 Fazit

Über den SwissHDS wird ein Ende-zu-Ende transformierter eMedikationsprozess möglich. Es braucht allerdings noch etwas Zeit, bis die technischen Komponenten sowie deren rechtliche Grundlagen ausgearbeitet sind. Der Aufbau und insbesondere die Nutzung des SwissHDS kann nicht schneller realisiert werden, wenn im HMG einzelne Bestandteile vorweggenommen werden. Zentral ist, dass mit der HMG 3a-Revision die Anforderungen (z.B. auf technischer und semantischer Ebene) an den eMedikationsprozess so definiert werden, dass die GFP und ihre Primärsystemhersteller sich entsprechend auf einen Anschluss und eine Nutzung des Medikationsprozesses vorbereiten können. Diese Entwicklung wird auch ihre Zeit in Anspruch nehmen.

Beispiel Situation im SwissHDS (langfristige Lösung)

Frau B. erhält von ihrer Hausärztin Dr. M. eine elektronische Verschreibung für eine Dauermedikation; das Praxis-System sendet die signierten Medikationsdaten an den eMedikations-Fachdienst, der die Informationen strukturiert verwaltet und für berechtigte Leistungserbringer bereitstellt. Die Quartierapotheke ruft vor Abgabe den aktuellen Medikationsstand ab, das System führt automatisch eine Interaktionsprüfung durch, prüft Berechtigungen und Spezialregeln und protokolliert die Abgabe sowie den Einlösestatus. Später hat Frau B. einen Termin bei einem Facharzt in einer anderen Region; dieser erhält über denselben Fachdienst sofort den aktuellen Medikationsstand inklusive Einlösestatus und kann auf verifizierte, signierte Aufzeichnungen zugreifen. Da bei jeder Veränderung eine Kopie des aktuellen Medikationsstandes in Form eines menschenlesbaren Medikationsplans im E-GD abgelegt wird, hat auch Frau B. jederzeit einen Überblick über ihre aktuelle Medikation oder kann diesen mit ihren Angehörigen teilen.

Falls nötig, liefert der Fachdienst standardisierte Exporte für Abrechnung oder regulatorische Meldungen. Ergebnis: Alle Beteiligten arbeiten mit demselben, aktuellen Datensatz, Sonderregeln (z.B. für Betäubungsmittel) können – je nach regulatorischen Vorgaben – automatisch berücksichtigt werden, Einlösestatus und Dokumentation sind datenschutzkonform und fälschungssicher, und nahtlose Übergänge zur Abrechnung sind möglich — unabhängig davon, an welchem Ort die Daten physisch persistiert werden.

Anhang 1: Gesetzliche Grundlage für eine Co-Finanzierung durch den Bund

Art. 26a^{bis} *Finanzhilfen an Betreibern von elektronischen Systemen gemäss Artikel 26a Absatz 4*

¹ Der Bund kann für den Aufbau, die Weiterentwicklung und den Betrieb von elektronischen Systemen gemäss Artikel 26a Absatz 4 im Rahmen der bewilligten Kredite Finanzhilfen gewähren.

² Finanzhilfen betragen höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten.

³ Der Bundesrat regelt insbesondere:

- a. die Voraussetzungen und das Verfahren für die Gewährung der Finanzhilfen;
- b. die Bemessung der anrechenbaren Kosten;
- c. die Höhe, Dauer und Ausrichtung der Finanzhilfen;
- d. die Nachweis-, Berichts- und Kontrollpflichten der Empfängerinnen und Empfänger von Finanzhilfen;
- e. die Rückerstattung von Finanzhilfen bei Nichterfüllung der Voraussetzungen oder Auflagen.

Erläuterungen:

Abs. 1: Wer elektronischen Medikationspläne entwickelt und betreibt, kann finanziell unterstützt werden. Es gibt keinen gesetzlichen Anspruch auf Finanzhilfen. Es kann sein, dass ein Betreiber oder eine Betreiberin die Anforderungen erfüllt und z. B. weil zu wenige finanzielle Mittel vorhanden sind, keine Finanzhilfe oder diese nicht in vollem Umfang erhält. Es sollen nicht nur Herstellerinnen und Hersteller unterstützt werden, die ein neues Produkt auf den Markt bringen möchten, sondern auch diejenigen, die bereits ein Produkt auf dem Markt gebracht haben, es jedoch aufgrund der neuen gesetzlichen Grundlage weiterentwickeln.

Abs. 2: Die vom Bund ausgerichtete Finanzhilfe darf höchstens die Hälfte der anrechenbaren Projektkosten betragen.

Abs. 3: Die in Absatz 3 Buchstaben a bis e (nicht abschliessend) genannten Aspekte müssten auf Verordnungsstufe näher geregelt werden.