Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Der Bundesrat

Bern, 11. August 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

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung ... 3
1 Ausgangslage ... 8
1.1 Auftrag ... 8
1.2 Grundlagenbericht ... 9
2 Elektronisches Patientendossier ... 9
2.1 Hintergrund ... 9
2.2 Elektronisches Patientendossier ... 10
2.2.1 Betriebssystem EPD und involvierte Akteure ... 10
2.2.2 Finanzierung des EPD ... 12
2.3 Stand der EPD-Einführung ... 16
2.3.1 Zugang zum EPD ... 17
2.3.2 Aktueller Stand der Zertifizierungen ... 17
3 Chancen und Herausforderungen ... 19
3.1 Erwarteter Nutzen des EPD ... 19
3.2 Herausforderungen ... 20
3.2.1 Nachhaltige Finanzierung der (Stamm-)Gemeinschaften ... 20
3.2.2 Dezentrale Umsetzung ... 21
3.2.3 (Re-)Zertifizierung der (Stamm-)Gemeinschaften ... 21
3.2.4 Teilnahme der Leistungserbringer ... 22
3.2.5 Fehlende Integration in die Primärsysteme ... 22
3.2.6 PDF-Dokumente und Unsicherheit bezüglich behandlungsrelevanter Informationen ... 22
3.2.7 EPD-Eröffnung und Anschlussmöglichkeiten für die Bevölkerung ... 23
3.2.8 Kosten der Identifikationsmittel (IDM) ... 23
4 Massnahmen zur Verbreitung und Nutzung des EPD ... 24
4.1 Bedingungen für die Verbreitung und Nutzung des EPD ... 24
4.2 Bereits getroffene und geplante Massnahmen ... 24
4.3 Weitere Massnahmen zur Verbreitung des EPD ... 27
4.3.1 Massnahmen, die nicht weiterverfolgt werden ... 29
4.3.2 Massnahmen, die weiterverfolgt werden ... 33
5 Fazit aus Sicht des Bundesrates ... 44
5.1 Einführung des EPD als grosse Herausforderung ... 44
5.2 Massnahmen zur Verbreitung des EPD ... 44
5.3 Verbleibende Herausforderungen ... 46
5.4 Weiteres Vorgehen ... 47
Literaturverzeichnis ... 49
Anhang 1: Abkürzungsverzeichnis ... 51
Anhang 2: Glossar ... 52

Zusammenfassung

Eineinhalb Jahre nach Inkrafttreten des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG; SG 816.1) hat Nationalrat Laurent Wehrli am 14. Dezember 2018 das Postulat 18.4328 «Elektronisches Patientendossier: Was gibt es noch zu tun bis zu seiner flächendeckenden Verwendung?» eingereicht. Mit dem Postulat wird der Bundesrat dazu beauftragt, «Bericht zu erstatten über die für die generelle Einführung des elektronischen Patientendossiers bereits getroffenen Massnahmen und darüber, welche Massnahmen noch zu treffen sind, um die Einführung zu beschleunigen und dessen allgemeine Verwendung zu fördern».

Als Basis zur Beantwortung des Postulates dient der Grundlagenbericht «Massnahmen zur Verbreitung des elektronischen Patientendossiers». Dieser Bericht wurde von Ecoplan im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstellt. Der Grundlagenbericht enthält unter anderem eine Bestandsaufnahme der bereits getroffenen und geplanten Massnahmen sowie eine Auslegeordnung möglicher weiterer Massnahmen, die zur Verbreitung und Nutzung des elektronischen Patientendossiers (EPD) beitragen können. In die Erarbeitung des Grundlagenberichts waren verschiedene Stakeholder und Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen involviert. Die Auslegeordnung der möglichen weiteren Massnahmen zur Verbreitung des EPD wurde bundesintern geprüft und validiert. Für die Beantwortung des Postulates wurden schliesslich die Massnahmen ausgewählt, mit denen die Weiterentwicklung des EPD sowie dessen Verbreitung und Nutzung effektiv vorangetrieben werden können.

Handlungsbedarf und Massnahmen zur Verbreitung des EPD

Mit dem EPD soll die Qualität der Behandlungsprozesse und der medizinischen Versorgung verbessert, unnötige oder doppelte Behandlungen vermieden, die Patientensicherheit erhöht und die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten gefördert werden. Der erwartete Nutzen des EPD kann jedoch nur realisiert werden, wenn es von der Bevölkerung und von den Gesundheitsfachpersonen genutzt wird. Dazu braucht es Patientinnen und Patienten, die ein EPD eröffnen und ihren Gesundheitsfachpersonen Zugriffsrechte erteilen sowie Gesundheitsfachpersonen, die das EPD einsehen und alle behandlungsrelevanten Dokumente dort ablegen. Die Verbreitung und Nutzung des EPD muss deshalb gezielt gefördert werden.

Grundvoraussetzung für die Verbreitung und Nutzung des EPD ist eine funktionierende und nachhaltig finanzierte EPD-Infrastruktur. Wenn das EPD den Gesundheitsfachpersonen einen zusätzlichen Nutzen bietet und die Verwendung des EPD mit einem möglichst geringen Aufwand einhergeht, wird die Nutzung zusätzlich gefördert. Zudem werden Gesundheitsfachpersonen, die vom Nutzen des EPD überzeugt sind, das EPD auch ihren Patientinnen und Patienten weiterempfehlen.

Bereits getroffene und geplante Massnahmen

Der Grundlagenbericht und der vorliegende Bericht zeigen auf, dass verschiedene Massnahmen bereits umgesetzt oder in Planung sind, die zur Verbreitung des EPD beitragen. Massnahmen zur Information und Befähigung der Bevölkerung und von Gesundheitsfachpersonen werden von verschiedenen Akteuren bereits umgesetzt oder in die Wege geleitet. eHealth Suisse stellt beispielsweise auf ihrer Webseite gratis eine Vielzahl an Informationsmaterialen und Kommunikationsmitteln zur Verfügung. Mit einer nationalen EPD-Kampagne sollen die Bevölkerung und die Gesundheitsfachpersonen unter anderem für den Nutzen des EPD sensibilisiert werden. Einzelne Massnahmen dienen dazu, die Benutzerfreundlichkeit und Funktionalität des EPD zu verbessern (z.B. die Festlegung verbindlicher Austauschformate für den strukturierten Datenaustausch oder die Förderung der Integration von Primärsystemen ans EPD). Die bereits getroffenen und geplanten Massnahmen gilt es konsequent weiter voranzutreiben.

Weitere Massnahmen zur Verbreitung und Nutzung des EPD

Andere Massnahmen sollen nun angestossen werden. Von den 22 Massnahmen, die im Grundlagenbericht beschrieben und beurteilt worden sind, wurden nach vertiefter Analyse 10 Massnahmen identifiziert, welche in den weiteren Arbeiten weiterverfolgt werden sollen. Sie tragen dazu bei, die Grundvoraussetzungen für ein erfolgreiches EPD zu optimieren und verschiedene Herausforderungen anzugehen.

Ausweitung Obligatorium:

M-1: Freiwilligkeit im ambulanten Bereich mit einer Übergangsfrist aufheben	**Umsetzung**
Handlungsbedarf: Das KVG hat bisher nur stationäre Gesundheitseinrichtungen dazu verpflichtet, sich einer zertifizierten (Stamm-)Gemeinschaft anzuschliessen. Mit der KVG-Änderung «Zulassung von Leistungserbringern» wird der Anschluss an eine (Stamm-)Gemeinschaft ab dem 1. Januar 2022 auch für neu zugelassene ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte obligatorisch. **Umsetzung**: Mit Annahme der Motion 19.3955 «Ein elektronisches Patientendossier für alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen» der SGK-N wurde der Bundesrat damit beauftragt, die gesetzlichen Rahmenbedingungen auszuarbeiten, damit alle ambulanten Leistungserbringerinnen und -erbringer bzw. Gesundheitsfachpersonen dazu verpflichtet werden, sich einer zertifizierten (Stamm-)Gemeinschaft anzuschliessen. Die Aufhebung der Freiwilligkeit erfolgt über eine Anpassung des KVG.	Bund

Information und Befähigung:

M-2: Information der Bevölkerung auf den Nutzen ausrichten	
Handlungsbedarf: Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsfachpersonen sollen sich mit dem EPD vertraut machen und die Vorteile des EPD kennen, was die breite Nutzung des EPD fördert. **Umsetzung:** Wie in der Strategie eHealth 2.0 bereits festgelegt, sollen sich die Kantone an regionalen Informationskampagnen für die Bevölkerung zur Einführung des EPD beteiligen. Die nationale Kampagne von eHealth Suisse, finanziert durch den Bund, ist bereits in Planung.	Kantone / eHealth Suisse
M-3: Bestehende Leistungsvereinbarungen mit Multiplikatoren erweitern	
Handlungsbedarf: Den Multiplikatoren (z.B. Patientenorganisationen und Gesundheitsligen) fehlen die finanziellen und personellen Ressourcen, um zusätzlich zu ihrem Kerngeschäft Beratungen zum EPD anzubieten. **Umsetzung:** Den Kantonen wird empfohlen, ihre bestehenden Leistungsvereinbarungen mit den Multiplikatoren um das Thema «Beratung und Information zum EPD» zu erweitern.	Kantone
M-4: Gesundheitsfachpersonen während der Aus- und Weiterbildung sensibilisieren	
Handlungsbedarf: Wenn Gesundheitsfachpersonen während ihrer Aus- und Weiterbildungen für die Nutzung des EPD sensibilisiert und befähigt werden, lernen sie die Vorteile und Anwendungsbereiche kennen und werden das EPD auch eher ihren Patientinnen und Patienten weiterempfehlen. **Umsetzung:** Im Interesse der Förderung des EPD wäre es zu begrüssen, wenn die Bildungsverantwortlichen die Integration von eHealth (inkl. EPD) in ihre Lernziele und	Berufsschulen, HF, FH, Universitäten, Berufsverbände /

Ausbildungscurricula weiter vorantreiben. eHealth Suisse kann die Bildungsverantwortlichen bei der Integration unterstützen.	eHealth Suisse

Erleichterung Zugang zum EPD:

M-5: Bezug der elektronischen Identität erleichtern	
Handlungsbedarf: Für die Eröffnung eines EPD sind zwei Schritte notwendig: Prüfung der Identität zur Herausgabe eines Identifikationsmittels (IDM) und Einwilligung in die Eröffnung eines EPD. Wenn diese zwei Schritte separat durchgeführt werden, müssen die Patientin bzw. der Patient zweimal persönlich vorsprechen. Dies stellt ein Hindernis für die Eröffnung eines EPD dar. **Umsetzung:** Der Prozess für den Bezug des IDM wird in Kombination mit dem Prozess zur Eröffnung eines EPD angeboten.	Stammgemeinschaften
M-6: Zugang per Self-Onboarding vereinfachen	
Handlungsbedarf: Wenn Patientinnen und Patienten ihre Einwilligung für ein EPD auf elektronischem Weg erteilen wollen, müssen sie dazu aktuell eine qualifizierte elektronische Signatur (QES) verwenden, über die nur wenige Privatpersonen verfügen. **Umsetzung:** Die Prüfung der Identität der einwilligenden Person (Patientin bzw. Patient) bei der Eröffnung eines EPD soll auch per Videoidentifikationsverfahren möglich sein.	Stammgemeinschaften
M-7: Breites und niederschwelliges Angebot an EPD-Eröffnungsstellen sicherstellen	
Handlungsbedarf: Die EPD-Eröffnungsstellen sollen für die Bevölkerung auf möglichst kurzen Wegen gut erreichbar sein und sich an Orten befinden, an denen sich das Alltagsleben abspielt (z.B. Apotheken, Spitäler, Poststellen). **Umsetzung:** Die Stammgemeinschaften sind grundsätzlich für die Sicherstellung eines breiten und niederschwelligen Angebots an EPD-Eröffnungsstellen verantwortlich. Die Kantone, welche für die Gesundheitsversorgung in ihrem Hoheitsgebiet zuständig sind, sollen die Stammgemeinschaften unterstützen, um eine ausreichende Anzahl an Eröffnungsstellen in ihrem Hoheitsgebiet sicherzustellen.	Stammgemeinschaften (Kantone)

Benutzerfreundlichkeit und Weiterentwicklung EPD:

M-8: Zentrale Ablage für dynamische Daten ermöglichen	
Handlungsbedarf: In der Anfangsphase werden im EPD nur Dokumente abgelegt sein. Während dies für statische Daten wie Austritts- oder Operationsberichte unproblematisch ist, besteht bei Dokumenten mit dynamischen Daten die Gefahr, dass sie nicht vollständig und/oder nicht aktuell sind, weil sich diese Daten über die Zeit hinweg verändern (z.B. Medikationsplan, Impfstatus). In seiner heutigen dezentralen Ausprägung des EPD ist jedoch ein gemeinschaftsübergreifender Austausch (strukturierter) dynamischer Daten nicht möglich. **Umsetzung**: Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind dahingehend anzupassen, dass die dynamischen Daten beispielsweise auf einem zentralen Ablageort einer ausgewählten (Stamm-)Gemeinschaft gespeichert werden können. Ob eine Anpassung des EPDG notwendig ist oder ob die zentrale Ablage im Verordnungsrecht eingeführt werden kann, hängt von der konkreten Umsetzung der Massnahme ab.	Bund

M-9: Nutzung der technischen EPD-Infrastruktur für interoperable Zusatzdienste erlauben	
Handlungsbedarf: Zusatzdienste sind Dienstleistungen, die einen Datenaustausch über den EPD-Vertrauensraum[1] hinaus ermöglichen. Weil die EPD-Infrastruktur gemäss EPDG nur für das EPD selbst genutzt werden darf, müsste aktuell für solche Zusatzdienste eine parallele technische Infrastruktur aufgebaut werden, was mit entsprechenden Kosten verbunden wäre. **Umsetzung:** Die Nutzung der EPD-Infrastruktur für Zusatzdienste soll über eine Revision des EPDG ermöglicht werden. Bei den verschiedenen Zusatzdiensten ist einzelfallweise und unter Einhaltung der Datenschutz-Auflagen zu prüfen, ob dafür die EPD-Infrastruktur verwendet werden darf. Es ist je nach Zusatzdienst auch zu klären, ob die Zuständigkeit zur Regelung eines Zusatzdienstes beim Bund oder bei den Kantonen liegt.	Bund / Kantone
M-10: Zertifizierungsverfahren durch eine staatliche Anerkennung ersetzen	
Handlungsbedarf: Der unerwartet hohe Aufwand im Zertifizierungsverfahren hat für die (Stamm-)Gemeinschaften zu hohen Kosten geführt. Es werden weiterhin Kosten für die jährlichen Wiederholungsprüfungen und für die Re-Zertifizierung anfallen, welche die (Stamm-)Gemeinschaften als Betriebskosten zu finanzieren haben. **Umsetzung:** Der Bund könnte im Anerkennungsverfahren die Verantwortung für die Prüfungsarbeiten und damit den Inhalt und Umfang stärker beeinflussen. Diese Massnahme ist jedoch vor allem von Interesse, da sie dem Bund entgegen der aktuellen Grundlage erlauben würde, eine Vollzugsaufgabe zu übernehmen. Dagegen stehen die Risiken aufgrund der neuen Verantwortlichkeit, welcher der Bund eingehen würde. Die Auswirkungen dieser Massnahme und eine allfällige Umsetzung sind daher vertieft zu prüfen.	Bund

Mit diesen Massnahmen kann einigen Herausforderungen, mit denen das EPD konfrontiert ist, begegnet werden. Mit vorliegendem Bericht können jedoch nicht alle Fragen abschliessend geklärt werden. Der Bericht zeigt auf, dass das EPD mit weiteren Herausforderungen konfrontiert ist, die nicht allein mit der Umsetzung der empfohlenen Massnahmen zu bewältigen sind.

Ungeklärte Herausforderungen

Nachhaltige Betriebsfinanzierung: Die Finanzierung des Betriebs und der Weiterentwicklung des EPD ist nicht ausreichend sichergestellt, was das EPD als Ganzes gefährdet. Der Bund verfügt aufgrund der Verfassungsgrundlage des EPDG nicht über umfassende Regelungskompetenzen und kann deshalb insbesondere die Frage, wer für die Finanzierung der (Stamm-)Gemeinschaften verantwortlich ist, nicht regeln.

Begrenzte Handlungsfähigkeit des Bundes: Das EPDG wurde als Rahmengesetz ausgestaltet und regelt vor allem die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die Bearbeitung der Daten des EPD. Aufgrund der dezentralen Umsetzung kommt dem Bund kein gesetzliches Durchsetzungsrecht zu. Mangels umfassender Bundeskompetenz sind die Regelungsmöglichkeiten des Bundes beschränkt, was auch die Übernahme oder Zuweisung von Finanzierungsaufgaben bspw. an die Kantone betrifft.

[1] Alle Gemeinschaften und Stammgemeinschaften gehören zum sogenannten «EPD-Vertrauensraum». Die Daten, Dokumente und Informationen, die sich innerhalb dieses Vertrauensraums befinden, werden als besonders schützenswert behandelt.

Unterschiedliches Rollenverständnis: Nach der geltenden Kompetenz- und Aufgabenverteilung im Gesundheitsbereich sind die Kantone für die Sicherstellung und damit die Organisation der Gesundheitsversorgung zuständig. Daher fällt die Verantwortung für den Aufbau wie auch später den Betrieb von (Stamm-)Gemeinschaften grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich der Kantone. Das EPDG enthält jedoch keine Vollzugsaufgaben für die Kantone. Dies wird von den Kantonen verschiedentlich kritisiert und als Grund aufgeführt, wieso eine weitreichendere Unterstützung der (Stamm-)Gemeinschaften auf kantonaler Ebene nicht überall erfolgen kann.

Dezentrale Umsetzung: Aufgrund des föderal organisierten Gesundheitssystems der Schweiz stand bei der Ausarbeitung des EPDG die Förderung dezentraler, regionaler und strategiekonformer Projekte und deren Vernetzung im Zentrum. Heute bestehen unterschiedliche Ansichten darüber, ob eine Reduktion der Anzahl (Stamm-)Gemeinschaften wünschenswert ist, um Ressourcen zu bündeln und durch grosse Einzugsgebiete Kosten zu reduzieren, oder ob eine vielfältige Angebotslandschaft im Hinblick auf eine (gesunde) Konkurrenzsituation zielführend ist.

Weiteres Vorgehen

Die Umsetzung einiger der im vorliegenden Bericht empfohlenen Massnahmen bedingt eine Anpassung des EPDG bzw. der EPDV, andere Massnahmen lassen sich gestützt auf die geltende Rechtslage umsetzen. Daher plant der Bundesrat ein zweigleisiges Vorgehen: Einerseits sollen jene Massnahmen, für die das EPDG eine ausreichende Rechtsgrundlage darstellt, rasch umgesetzt werden. Andererseits sollen mittelfristig die Rahmenbedingungen optimiert werden, indem die gesetzlichen Grundlagen – wo nötig und möglich – angepasst werden sollen.

Neben den Massnahmen zur Förderung der allgemeinen Verwendung sind angesichts der dargelegten Herausforderungen weitere Fragen zu klären, die für den langfristigen Erfolg des EPD entscheidend sind. Dazu gehört die klare Aufgaben- und Kompetenzregelung, aber vor allem auch eine nachhaltige Betriebsfinanzierung. Diese Aspekte konnten mit dem vorliegenden Postulatsbericht nicht abschliessend beantwortet werden. Der Bundesrat hat daher entschieden, die Struktur des EPDG grundlegend zu überprüfen. Im Rahmen dieser Prüfung soll zudem eine allfällige Zentralisierung des EPD evaluiert werden. Der Bundesrat wird bis Ende Februar 2022 über das weitere Vorgehen entscheiden.

1 Ausgangslage

1.1 Auftrag

Am 14. Dezember 2018 reichte Nationalrat Laurent Wehrli das Postulat 18.4328 «Elektronisches Patientendossier. Was gibt es noch zu tun bis zu seiner flächendeckenden Verwendung?» ein. Der Nationalrat folgte dem Bundesrat und nahm das Postulat am 21. Juni 2019 an.

Eingereichter Text
Der Bundesrat wird beauftragt, Bericht zu erstatten über die für die generelle Einführung des elektronischen Patientendossiers bereits getroffenen Massnahmen und darüber, welche Massnahmen noch zu treffen sind, um die Einführung zu beschleunigen und dessen allgemeine Verwendung zu fördern.

Begründung
Es ist zu befürchten, dass die Verwendung und damit der Nutzen des elektronischen Patientendossiers (EPD) noch lange unter den Erwartungen bleiben. Ein Grund dafür ist sicher, dass dessen Einführung beispielsweise bei den Leistungserbringern im ambulanten Bereich freiwillig ist. Darum ist es dringend, möglichst viele Anreize für die freiwillige Verwendung des EPD zu schaffen. Und darum sind rasch konkrete Beweise zu liefern für den Nutzen des EPD für die Leistungserbringer im ambulanten Bereich, aber auch für alle anderen Akteure im Gesundheitswesen, einschliesslich der Prämienzahlerinnen und -zahler und der Behörden, die sich an der Finanzierung beteiligen.

Grundlegend ist natürlich das Vertrauen in dieses Instrument. Aber auch die Einfachheit, einschliesslich der finanziellen, des Zugangs. Dazu wäre beispielsweise darzustellen, welche Rolle eine EID spielen könnte oder müsste, insbesondere welche Vorteile deren Nutzung bringen könnte, und dies auch ausserhalb des Gesundheitswesens. Zudem stellt sich die Frage, wie sich die verschreibenden Personen und die Gesundheitspartner (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Spitäler, Versicherer usw.) dazu bewegen lassen, das EPD zu nutzen. Sie könnten damit die Pflege überwachen, unnütze oder doppelspurige Behandlungen verringern und damit deren Sicherheit erhöhen und die übermässige Einnahme von Medikamenten eindämmen.

Das EPD war Gegenstand diverser weiterer parlamentarischer Vorstösse, welche Erwartungen an das EPD äusserten.[2] Der Bundesrat teilte die Einschätzung, dass weitere Massnahmen zur Verbreitung des EPD notwendig sind, verwies jedoch auf die Berichterstattung zur Erfüllung des Postulates Wehrli 18.4328. Daher werden im vorliegenden Bericht auch eingebrachte Anliegen wie die Prüfung alternativer Versicherungsmodelle, die Aufhebung der doppelten Freiwilligkeit oder Informations- und Ausbildungsangebote von Patientenorganisationen und Gesundheitsligen thematisiert. Ausserdem werden in Bezug auf den Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) zur Prüfung der Einführung des EPD vom 24. Februar 2020 insbesondere auch mittel- und langfristige Massnahmen zur Weiterentwicklung des EPD aufgezeigt.

[2] **Interpellation Graf-Litscher 18.4235** «Die Schweiz bei Digital Health abgeschlagen. Welche Massnahmen sieht der Bundesrat vor?»; **Dringliche Anfrage Müller 19.1049** «Explosion der Gesundheitskosten. Wann kommen endlich wirksame Massnahmen gegen die Verschwendung von Prämiengeldern zur Dämpfung der Kosten?»; **Motion Hess 19.3130** «Elektronisches Patientendossier. Verbreitung mit alternativen Versicherungsmodellen fördern»; **Motion FDP-Liberale 20.3243** «Covid-19. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen beschleunigen; **Motion Hurni 20.3506** «Elektronisches Patientendossier (EPD). Kompetenzen der Patientinnen und Patienten fördern»; **Motion Humbel 20.4672** «Verbindlicher Zeitplan für die digitale Transformation im Gesundheitswesen».

1.2 Grundlagenbericht

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat den Mandatnehmer ECOPLAN mit der Erarbeitung eines Grundlagenberichts zur Beantwortung des Postulates Wehrli 18.4328 beauftragt.[3] Dieser Bericht enthält:

- eine Bestandsaufnahme der bereits getroffenen und der geplanten Massnahmen zur Verbreitung des EPD;
- eine Analyse von Verbreitungsmassnahmen in Deutschland und Österreich; und
- eine Auslegeordnung möglicher weiterer Massnahmen, die zur Verbreitung und Nutzung des EPD beitragen können.

Die Erarbeitung des Grundlagenberichts wurde vom BAG, dem Generalsekretariat des Eidgenössischen Departements des Innern (GS-EDI), eHealth Suisse und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) begleitet. Bei der Erarbeitung der Bestandesaufnahme der bereits getroffenen und der geplanten Massnahmen und für die Erstellung der Auslegeordnung möglicher weiterer Massnahmen, die zur Verbreitung und Nutzung des EPD beitragen, wurden verschiedene Stakeholder[4] sowie Expertinnen und Experten miteinbezogen. Für die Auslegeordnung diente u.a. ein Stakeholder-Workshop, aber auch eine Analyse der Massnahmen im Ausland.

Der Bericht von Ecoplan beinhaltete schlussendlich 22 Massnahmen. Auf der Basis einer vertieften Prüfung hinsichtlich der Effektivität, aber auch der rechtlichen und politischen Umsetzbarkeit, beinhaltet der vorliegende Bericht ausgewählte Massnahmen, mit denen die Weiterentwicklung des EPD sowie dessen Verbreitung und Nutzung effektiv vorangetrieben werden können.

2 Elektronisches Patientendossier

2.1 Hintergrund

Das am 18. Juni 2015 vom Parlament verabschiedete Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG; SG 816.1) regelt als Rahmengesetz die Voraussetzungen für die Bearbeitung der Daten des EPD. Das Gesetz und das Ausführungsrecht traten am 15. April 2017 in Kraft. Gemäss EPDG müssen sich Spitäler, Reha-Kliniken und stationäre Psychiatrien bis 15. April 2020 einer zertifizierten (Stamm-)Gemeinschaft anschliessen. Pflegeheime und Geburtshäuser müssen ab dem 15. April 2022 an eine (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sein (siehe Art. 39 Abs. 1 Bst. f sowie Art. 49a Abs. 4 KVG in Verbindung mit der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 19. Juni 2015). Für ambulante Leistungserbringer sollte die Teilnahme am EPD freiwillig sein. Mit der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) «Zulassung von Leistungserbringern», die am 19. Juni 2020 verabschiedet wurde, wird der Anschluss an eine (Stamm-)Gemeinschaft ab dem 1. Januar 2022 auch für neu zugelassene ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte obligatorisch.[5] Zudem hat das Parlament am 8. März 2021 die Motion 19.3955 «Ein elektronisches Patientendossier für alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen» der nationalrätlichen Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-N) angenommen, die den Bundesrat damit beauftragt, die

[3] Ecoplan (2021): Massnahmen zur Verbreitung des elektronischen Patientendossiers. Grundlagebericht zum Postulat Wehrli 18.4328.
[4] Vertreterinnen und Vertreter von Curafutura, Curaviva, Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP), FMH, Gemeinschaft AD Swiss, Gesundheitsförderung Schweiz, H+ Die Spitäler der Schweiz, IG eHealth, Kanton Genf, Kanton St. Gallen, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften (KKA), pharmaSuisse, Public Health Schweiz, Santésuisse, Schweizerische Gesundheitsliegen-Konferenz (GELIKO), Krebsliga Schweiz, Post, Schweizerische Gesellschaft für Palliative Care (palliative.ch), Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG), Schweizerischer Versicherungsverband (SVV), Spitex Schweiz, SPO Patientenorganisation, Stammgemeinschaft abilis AG, Stammgemeinschaft XAD (axsana), Stammgemeinschaft CARA, Stammgemeinschaft eHealth Aargau (emedo), Stammgemeinschaft des elektronischen Patientendossiers Neuenburg, Stammgemeinschaft eHealth Aargau, Stammgemeinschaft eHealth Südost (eSANITA), Stammgemeinschaft e-Health Ticino, Swisscom.
[5] Weitere Informationen sind online verfügbar unter: https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2021/413/de.

gesetzlichen Grundlagen auszuarbeiten, damit alle Leistungserbringer bzw. Gesundheitsfachpersonen dazu verpflichtet werden, sich einer zertifizierten (Stamm-)Gemeinschaft anzuschliessen.

Die Verbreitung des EPD wird von Bund und Kantonen durch die gemeinsam erarbeitete «Strategie eHealth Schweiz 2.0»[6] gefördert, die am 14. Dezember 2018 vom Bundesrat verabschiedet wurde. Die Strategie umfasst drei Handlungsfelder mit den übergeordneten Zielen: (A) Digitale Anwendungen im Gesundheitssystem, insbesondere das EPD, sind etabliert; (B) Die Digitalisierung im Gesundheitssystem erfolgt abgestimmt und ermöglicht die Mehrfachnutzung von Daten und Infrastrukturen; (C) Die Menschen in der Schweiz sind digital kompetent und können verantwortungs- und risikobewusst mit digitalen Gesundheitsdaten umgehen. Sie löst die Strategie von 2007 ab und läuft bis 2022.

2.2 Elektronisches Patientendossier

Das EPD ist ein **virtuelles Dossier**, das eine Sammlung von persönlichen Dokumenten beinhaltet, die Informationen rund um die Gesundheit einer Patientin oder eines Patienten[7] enthalten. Diese Informationen können von der Patientin oder dem Patienten und von zugriffsberechtigten Gesundheitsfachpersonen jederzeit abgerufen werden. Damit das EPD von maximalem Nutzen ist, sollten alle an der Behandlung eines Patienten oder einer Patientin beteiligten Gesundheitsfachpersonen Zugriff auf die **für die Behandlung relevanten Dokumente** erhalten. Patientinnen und Patienten können aber auch selber Dokumente im EPD ablegen und diese den behandelnden Gesundheitsfachpersonen zugänglich machen (z.B. Blutdruckwerte oder Schmerztagebuch).

2.2.1 Betriebssystem EPD und involvierte Akteure

Die Einführung des EPD ist ein komplexes Zusammenspiel von rechtlichen, organisatorischen und technischen Voraussetzungen und zahlreichen Akteuren. Das Betriebssystem EPD und die verschiedenen Akteure, die an der Einführung und am Betrieb des EPD beteiligt sind, sowie deren Beziehungen untereinander sind in der Abbildung 1 dargestellt. Anschliessend wird die Rolle der einzelnen Akteure beschrieben.

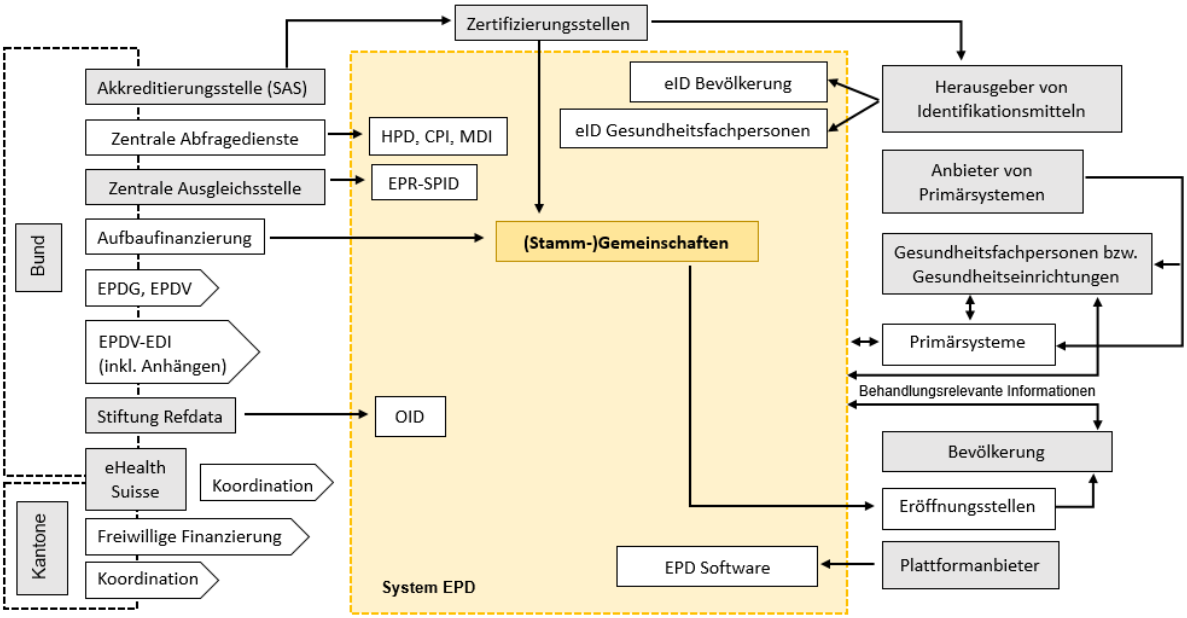

Abbildung 1: Betriebssystem EPD und involvierte Akteure

[6] eHealth Suisse, Schweizerische Eidgenossenschaft und Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2018).
[7] Die Bezeichnung Patientinnen oder Patienten schliesst in vorliegendem Bericht alle EPD-Nutzerinnen und Nutzer mit ein (z.B. Klientinnen und Klienten; Bewohnerinnen und Bewohner eines Alters- oder Pflegeheims).

Der **Bund** ist gemäss EPDG verantwortlich für die Koordination der Akteure, den Aufbau und Betrieb der für das EPD zentralen technischen Komponenten, die Information der Bevölkerung, die Evaluation des EPDG und die Finanzhilfen zur Unterstützung von Aufbau und Zertifizierung von (Stamm-)Gemeinschaften. Ausgewählte Bundesaufgaben zum Vollzug des EPDG werden im Auftrag des BAG von eHealth Suisse wahrgenommen. Zudem ist der Bund zuständig für die Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen in seinem Kompetenzbereich.

Der Bund betreibt die **zentralen Abfragedienste (ZAD)**, die für die technische Kommunikation zwischen den verschiedenen (Stamm-)Gemeinschaften notwendig sind. Die folgenden Verzeichnisse werden vom Bund geführt:

- *Health Provider Directory* (HPD): Verzeichnis aller Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen, die als EPD-Benutzende registriert sind.
- *Community Portal Index* (CPI): Verzeichnis aller zertifizierten (Stamm-)Gemeinschaften und deren Zugangspunkte, die aktuell am EPD-System teilnehmen.
- *Metadatenindex* (MDI): Verzeichnis mit allen gültigen und verpflichtend zu verwendenden Attributen bei der Registrierung von EPD-Dokumenten.

Die **zentrale Ausgleichsstelle (ZAS)** generiert die Patientenidentifikationsnummer (Sektorieller Personenidentifikator für das EPD; kurz: EPR-SPID), die nur im EPD-Kontext verwendet werden darf. Die Patientenidentifikationsnummer ist eine zufällig generierte Nummer, die als zusätzliches Identifikationsmerkmal verwendet wird, damit alle Daten und Dokumente einer Patientin oder eines Patienten, die im EPD erfasst sind, korrekt und vollständig zusammengeführt werden können.

Im Auftrag des BAG verwaltet die **Stiftung Refdata** in einem nationalen Register alle im EPD-Kontext verwendeten Objekt-Identifikatoren (OID). Diese Zahlencodes dienen dazu, eine weltweit eindeutige Kennzeichnung von Objekten aller Art vorzunehmen. Im EPD-Kontext sind es beispielsweise Codes für die verschiedenen Typen von Gesundheitseinrichtungen (z.B. Spital, Arztpraxis) oder für die Klassifikation verschiedener Dokumente (z.B. Aus- oder Eintrittsbericht).

eHealth Suisse ist die Kompetenz- und Koordinationsstelle für ein gemeinsames Vorgehen von Bund und Kantonen im Bereich eHealth. Seit Inkrafttreten des EPDG im April 2017 hat eHealth Suisse im Auftrag des Bundes einen Teil der Vollzugsaufgaben in den Bereichen Information (Art. 15 EPDG), Koordination (Art. 16 EPDG) und Zertifizierungsvoraussetzungen (Art. 12 Abs. 1 EPDG) übernommen.

Die **Kantone** sind nach geltender Kompetenz- und Aufgabenverteilung im Gesundheitsbereich für die Sicherstellung und damit die Organisation der Gesundheitsversorgung zuständig. Damit fällt die Verantwortung für den Aufbau wie auch später den Betrieb von (Stamm-)Gemeinschaften grundsätzlich in ihren Zuständigkeitsbereich.[8] Die Kantone spielen gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SF 832.10) bei der Einführung und dem Betrieb des EPD auch als Aufsichtsinstanz über Spitäler und Pflegeheime eine wichtige Rolle. Sie sind verantwortlich dafür, Spitäler bei Nicht-Einhalten der gesetzlichen Vorgaben von der kantonalen Spitalliste resp. Pflegeheimliste zu streichen.

Anbieter des EPD sind die privatrechtlich organisierten **(Stamm-)Gemeinschaften**, organisatorische Zusammenschlüsse von Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen. Es sind mehrheitlich regionale Umsetzungsprojekte, an die sich die **Gesundheitsfachpersonen bzw. Gesundheitseinrichtungen** anschliessen können. Im Unterschied zu den Gemeinschaften können bei den Stammgemeinschaften zusätzlich auch Patientinnen und Patienten ein EPD eröffnen. Dazu bieten die Stammgemeinschaften den Patientinnen und Patienten die zur Verwaltung des EPD benötigten Dienste an (z.B. schriftliche Einwilligung bzw. Widerruf, Verwaltung der Zugriffsberechtigungen etc.). Gesundheitsfachpersonen bzw. deren Einrichtungen müssen sich einer (Stamm-)Gemeinschaft anschliessen, um am

[8] Botschaft EPDG, BBl 2013 5321, S.5411.

EPD teilnehmen zu können. Bevor eine (Stamm-)Gemeinschaft ihren Betrieb aufnehmen kann, muss sie zertifiziert und später periodisch geprüft werden.

Gesundheitsfachpersonen bzw. Gesundheitseinrichtungen können über das Webportal einer (Stamm-)Gemeinschaft auf das EPD zugreifen oder sie binden ihr Klinik- oder Patienteninformationssystem (Primärsystem) direkt ans EPD an. Hier nehmen die **Anbieter von Primärsystemen** eine wichtige Rolle ein, da sie technische Lösungen erarbeiten und anbieten.

Die **Bevölkerung** kann bei einer Stammgemeinschaft ein EPD eröffnen. Die Eröffnung ist freiwillig und im Sinne der informationellen Selbstbestimmung entscheiden Patientinnen und Patienten selber darüber, welche Gesundheitsfachpersonen Zugriff auf ihr EPD erhalten sollen und welche Daten sie einsehen dürfen. Gesundheitsfachpersonen ohne **Zugriffsrechte** können nur in einem medizinischen Notfall auf das EPD zugreifen. Zugriffsrechte können auch an persönliche Stellvertretungen vergeben werden.

Die Eröffnung eines EPD umfasst einerseits die formelle Information der Patientin oder des Patienten sowie die rechtsgültige Einwilligung zur Eröffnung eines EPD. Andererseits benötigen die Patientinnen und Patienten für den Zugriff auf das EPD eine sichere elektronische Identität (eID), für die eine vorgängige Identitätsprüfung notwendig ist. Für die Eröffnung eines EPD bieten die Stammgemeinschaften in ihrem Versorgungsgebiet Eröffnungsstellen an.

Wie Patientinnen und Patienten benötigen auch Gesundheitsfachpersonen eine eindeutige Identifizierung, um eine sichere Datenbearbeitung zu gewährleisten. Der Bezug einer eID ist mit Kosten verbunden, die von den (Stamm-)Gemeinschaften getragen werden müssen. Die dafür nötigen elektronischen Identitäten werden von zertifizierten **Herausgebern von Identifikationsmitteln** herausgegeben. Für den Zugriff auf das EPD braucht es eine sogenannte Zwei-Faktor-Authentifizierung.

Plattformanbieter stellen den (Stamm-)Gemeinschaften das EPD-Betriebssystem und die dazugehörigen Anwendungen zur Verfügung**.**

Die Einhaltung von technischen und organisatorischen Voraussetzungen zur Gewährleistung von **Datensicherheit und Datenschutz** wird mit einem Zertifizierungsverfahren sichergestellt. Zertifiziert werden die (Stamm-)Gemeinschaften, die Betreiber von Zugangsportalen und die Herausgeber von Identifikationsmitteln (IDM). **Zertifizierungsstellen,** die Zertifizierungen gemäss EPDG anbieten wollen, müssen für die Ausübung ihrer Tätigkeit von der **schweizerischen Akkreditierungsstelle (SAS)** akkreditiert werden.

2.2.2 Finanzierung des EPD

Aufbau

Das EPD wird von dezentral organisierten Stammgemeinschaften und Gemeinschaften angeboten. Für den Aufbau und die Zertifizierung der (Stamm-)Gemeinschaften hat der Bund eine zeitlich befristete Anschubfinanzierung in der Höhe von insgesamt CHF 30 Millionen zur Verfügung gestellt, unter der Voraussetzung, dass sich Kantone oder Dritte[9] mindestens in gleicher Höhe beteiligen. Tabelle 1 zeigt auf, wie sich die (Stamm-)Gemeinschaften ihren Aufbau finanzieren resp. finanziert haben.

[9] In der Botschaft des Bundesrates zum EPDG war vorgesehen, dass die Kanton hinsichtlich der Finanzhilfen für den Aufbau mindestens zu gleichen Teilen am Aufbau beteiligen müssen. Im Rahmen der parlamentarischen Debatte wurde dies auf «Dritte» ausgeweitet.

Tabelle 1: Überblick über die Finanzierung des Aufbaus der (Stamm-)Gemeinschaften und deren Einzugsgebiet (Stand 18. Mai 2018)

(Stamm-)Gemeinschaft	Finanzierung des Aufbaus			Abdeckung
	Beiträge Bund	Beiträge von	Mitglieder-beiträge[1]	
abilis AG	X	Dritte		CH
CARA	X	Kantone		FR, GE, JU, VD, VS
Communauté de référence du dossier électronique du patient Neuchâtel (Mon Dossier Santé)	X	Kanton		NE
XAD-Stammgemeinschaft (xsana)	X	Kantone		BE, BL, BS, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH
Stammgemeinschaft eHealth Aargau (emedo)	X	Kanton	X[2]	AG
Stammgemeinschaft e-Health Ticino	X	Kanton		TI
Stammgemeinschaft Südost (eSANITA)	X		X[2]	AI, AR, GL, GR, SG
Stammgemeinschaft Region Ost	X	Dritte		AI, AR, GL, GR, SG TG
Stammgemeinschaft Region Zentral	X	Dritte		LU, NW, OW, SZ, UR
AD Swiss[3]		Dritte		CH

[1] Beiträge der angeschlossenen Gesundheitseinrichtungen
[2] Die Stammgemeinschaft verfolgt ein Gebührenmodell, d.h. die angeschlossenen Gesundheitseinrichtungen entrichten einen Mitgliederbeitrag.
[3] Die AD Swiss ist eine Gemeinschaft, die nur für Gesundheitsfachpersonen tätig ist.

Die wesentlichen Kostenblöcke für den Aufbau einer (Stamm-)Gemeinschaft sind Kosten für

- den Aufbau der eigenen Geschäftsstelle;
- die Bereitstellung der Informatikinfrastruktur (EPD-Plattform);
- den Aufbau des Management-Systems (v.a. für Datensicherheit und Datenschutz);
- die Definition der Prozesse und Verträge mit Dienstleistern (eID, Eröffnungsstellen, etc.) und Gesundheitseinrichtungen; und
- die Erstzertifizierung und den nachfolgenden periodischen Prüfungsarbeiten.

Da es sich beim EPD um ein neues Produkt handelt, wurde der Aufwand für den Aufbau des EPD-Vertrauensraums sowie das dazugehörige Zertifizierungsverfahren unterschätzt, was zu Mehrkosten führte.

Betrieb und Weiterentwicklung

Ab Betriebsaufnahme fallen für (Stamm-)Gemeinschaften zusätzliche Kosten an:

- Vorgängig zur Eröffnung des EPD muss die Identität der Antragsteller für die Herausgabe des Identifikationsmittels festgestellt werden. Dieser einmalige Vorgang kostet, je nach Dienstleistungsangebot, rund CHF 15 bis 25. Jährlich fallen anschliessend Gebühren pro Identifikationsmittel von rund CHF 5 an.
- Nach bestandener Erstzertifizierung führt die Zertifizierungsstelle jährliche Prüfungen von Teilbereichen durch. Nach EPDG muss nach 3 Jahren eine Re-Zertifizierung, also eine Prüfung aller Bereiche, durchgeführt werden. Diese Prüfungen sind mit entsprechenden Kosten verbunden.
- Die Informatikinfrastruktur muss laufend unterhalten werden.
- Das Angebot der Dienstleistungen rund um das EPD soll laufend erweitert werden, was zu entsprechenden Weiterentwicklungskosten und den dazugehörigen Prüfungen durch die Zertifizierungsstellen führt.

Laut einer Befragung der (Stamm-)Gemeinschaften durch eHealth Suisse im September 2020 werden die jährlichen Kosten für den Betrieb und die Weiterentwicklung des EPD auf gesamthaft CHF 35 bis 40 Millionen geschätzt. Bei den Vorarbeiten zur Einführung des EPD wurde die Annahme vertreten, dass die (Stamm-)Gemeinschaften die Kosten für den Betrieb und die Weiterentwicklung mit Einnahmen aus Mitgliederbeiträgen der angeschlossenen Gesundheitseinrichtungen bzw. Gesundheitsfachpersonen bzw. den Unterstützungsbeiträgen der Kantone sowie mit kostenpflichtigen Dienstleistungen ausserhalb des EPD selber finanzieren können. Dies könnte beispielsweise ein Tool zur Terminvereinbarung mit Gesundheitseinrichtungen sein, die der (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen sind. Die Zusatzdienste ausserhalb des EPD haben sich bisher nicht etabliert, da diese nicht auf die Infrastruktur des EPD zugreifen dürfen und der Aufbau der notwendigen Infrastruktur mit weiteren Kosten verbunden ist. Bei den Einführungsarbeiten hat sich gezeigt, dass der Fokus wegen der verfügbaren finanziellen und personellen Ressourcen auf die für die Betriebsaufnahme nötigen Grundfunktionalitäten des EPD gelegt werden musste.

Beteiligung Bund und Kantone

Der Bund finanziert den Aufbau und den Betrieb der zentralen Abfragedienste. eHealth Suisse, die Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen wird zudem massgeblich durch den Bund finanziert (Tabelle 2). Der Bund beteiligt sich nicht an den Betriebskosten der (Stamm-)Gemeinschaften. Für die langfristigen Aufgaben im Rahmen des Vollzugs und der Weiterentwicklung des EPDG stehen seitens Bund – Stand Anfang 2021 – rund 17.5 Vollzeitstellen zur Verfügung (6.0 FTE beim BAG, 11.5 FTE bei eHealth Suisse). Der Personalbestand wird sich bis 2024 weiter erhöhen. Zudem übernimmt der Bund einen wesentlichen Teil der Kosten von eHealth Suisse, wozu im Jahr 2021 11.5 Vollzeitstellen gehören. Das Jahresbudget 2021 von eHealth Suisse beträgt CHF 4.5 Millionen, inklusive der Beteiligung von CHF 300'000 durch die Kantone.

Tabelle 2: Finanzierung von eHealth Suisse

	Anteil Bund					Anteil Kantone[2]
	2017-2019	2020	2021	2022	2023	
Jahresbudget[1] CHF	1'400'000	1'900'000	4'200'000 (inkl. Kampagne)	4'200'000 (inkl. Kampagne)	4'200'000 (inkl. Kampagne)	300'000
Personal-ressourcen	6,1	6,1	11,5	12,5	13,5	0

[1] Inkl. externe Dienstleistungen
[2] via GDK Budget
[3] Die nationale EPD-Kampagne wird vom Bund mit jährlich CHF 1 Mio. während drei Jahren finanziert.

Die Kantone sind für die Sicherstellung und damit die Organisation der Gesundheitsversorgung zuständig. Daher fällt es auch in ihre Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung, die Voraussetzungen zu schaffen, dass sich stationäre Einrichtungen, aber auch selbstständig tätige Gesundheitsfachpersonen, insbesondere Ärztinnen und Ärzte, zu Gemeinschaften oder Stammgemeinschaften zusammenschliessen und sich zertifizieren lassen.[10] Wie sie dabei vorgehen wollen, steht ihnen frei. Somit fällt die Unterstützung der (Stamm-)Gemeinschaften durch die Kantone auch unterschiedlich aus.

Finanzierungsmodelle der (Stamm-)Gemeinschaften

Grundsätzlich existieren für die (Stamm-)Gemeinschaften zwei Basiskonzepte für die Finanzierung des EPD:

- Mehrheitlich in den lateinischen Kantonen wird das EPD als wichtiges Instrument gesehen, um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung weiter zu verbessern. Aus diesem Grund haben die Kantone unterschiedlich hohe Beiträge für den Aufbau und den Betrieb des EPD gesprochen. Einzelne Kantone übernehmen die Finanzierung der eID und nutzen diese für die eGovernment-Geschäfte innerhalb des Kantons.
- Die meisten deutschsprachigen Kantone verstehen das EPD hingegen nicht als Service-Public und haben sich bisher lediglich am Aufbau finanziell beteiligt. In ihrem Verständnis muss sich das EPD selber finanzieren, zum Beispiel über Beiträge der angeschlossenen Gesundheitsinstitutionen oder mit sogenannten Zusatzdiensten (z.B. Prozess-Optimierungen für die Spitäler und ihre Partner, einfachere Zuweisung und Überweisung).

Nachhaltige und dauerhafte Finanzierungsmodelle ermöglichen die Umsetzung verschiedener Massnahmen, die für den Erfolg des EPD relevant sind. Diese sollen die Kosten sowohl für den Betrieb (z.B. die Übernahme der Kosten für die Ausstellung und die jährlichen Gebühren des IDM) wie auch für die Weiterentwicklung (z.B. Implementierung von interoperablen Zusatzdiensten, Dienst zur Ablage von dynamischen Daten, Optimierung der IT-Architektur) des EPD sicherstellen.

Tabelle 3 zeigt auf, wie die einzelnen (Stamm-)Gemeinschaften die Finanzierung ihres Betriebs geplant haben. Neben Unterstützungsbeiträgen von den Kantonen sind dies Beiträge von Dritten bzw. Aktionären sowie Mitgliederbeiträge der angeschlossenen Gesundheitseinrichtungen. Die Stammgemeinschaften Region Ost und Region Zentral planen, ihren Betrieb über die Verrechnung von Zusatzdiensten zu finanzieren.

[10] Botschaft EPDG, BBl 2013 5321, S. 5403.

Tabelle 3: Überblick über die Finanzierung des Betriebs der (Stamm-)Gemeinschaften (Stand 10. Mai 2021)

Stamm-/Gemeinschaft	Finanzierung des Betriebs	
	Beiträge von	Mitgliederbeiträge
abilis AG	Dritten	X
CARA	Kantonen	
Communauté de référence du dossier électronique du patient Neuchâtel (Mon Dossier Santé)	Kanton	X
XAD-Stammgemeinschaft (xsana)		X
Stammgemeinschaft eHealth Aargau (emedo)	Kanton	X
Stammgemeinschaft e-Health Ticino	Kanton	X
Stammgemeinschaft Südost (eSANITA)		X
Stammgemeinschaft Region Ost[1]	[1]	[1]
Stammgemeinschaft Region Zentral[1]	[1]	[1]
AD Swiss	Aktionäre	X
[1] Finanzierung über die Verrechnung von Zusatzdienstleistungen.		

Die Finanzierung des Betriebs und der Weiterentwicklung des EPD ist nicht ausreichend sichergestellt. Es zeigt sich, dass sich das EPD entgegen anfänglicher Annahmen nicht selber finanzieren lässt. Finanzielle Beteiligungen der Trägerkantone sind notwendig, um den Betrieb der (Stamm-)Gemeinschaften und die erforderlichen Investitionen in die Weiterentwicklung des EPD zu gewährleisten. Mangels umfassender Bundeskompetenz sind die Regelungsmöglichkeiten des Bundes beschränkt. Dies betrifft sowohl die Übernahme von Kosten, als auch die Zuweisung von Finanzierungsaufgaben an die Kantone. Insbesondere jene Kantone, welche das EPD als Service Public verstehen, unterstützen wie dargelegt auch ohne eine entsprechende Regelung im EPDG die (Stamm-)Gemeinschaften in ihrem Hoheitsgebiet (siehe Kapitel 3.2.1 und 4.3.2.1).

2.3 Stand der EPD-Einführung

Der Aufbau der (Stamm-)Gemeinschaften erweist sich als äusserst aufwändig. Insbesondere die Zertifizierungs- und Akkreditierungsverfahren sind aufgrund der hohen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit sehr anspruchsvoll. Dies führte zu Verzögerungen. Der gemäss EPDG verbindliche Einführungstermin vom 15. April 2020 für Spitäler, Reha-Kliniken und stationäre Psychiatrien konnte von keiner (Stamm-)Gemeinschaft eingehalten werden. Das EPD wird im Verlauf des Jahres 2021 schrittweise eingeführt.

2.3.1 Zugang zum EPD

Der Zugang zum EPD ist schweizweit sichergestellt. In allen Regionen der Schweiz befinden sich insgesamt neun Stammgemeinschaften und eine Gemeinschaft im Zertifizierungsprozess oder haben die Zertifizierung bereits erfolgreich abgeschlossen (Abbildung 2).

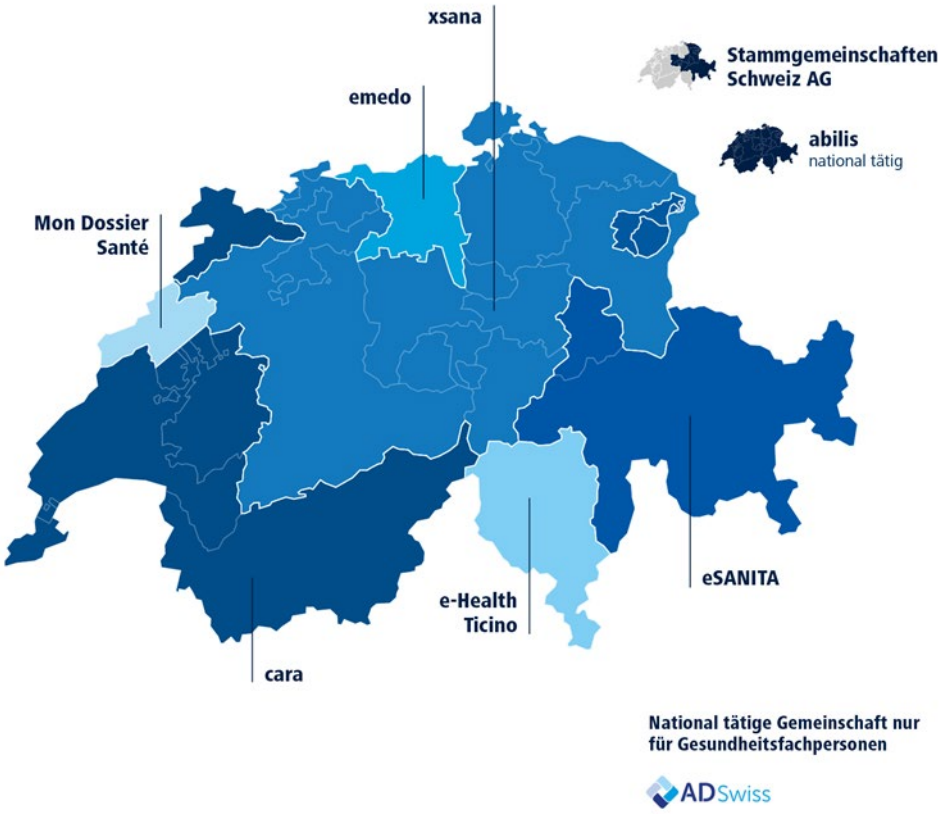

Abbildung 2: (Stamm-)Gemeinschaften im Überblick Quelle: eHealth Suisse, 21.12.2020

Die Stammgemeinschaft abilis AG und die Gemeinschaft AD Swiss sind national tätig und fokussieren auf bestimmte Gesundheitsfachpersonengruppen (abilis AG auf Apothekerinnen und Apotheker und AD Swiss auf ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte). Die übrigen acht Stammgemeinschaften haben ein kantonal bzw. regional definiertes Einzugsgebiet. Die Stammgemeinschaften Schweiz AG beinhaltet die Stammgemeinschaft Region Ost und die Stammgemeinschaft Region Zentral.

2.3.2 Aktueller Stand der Zertifizierungen

Bevor eine (Stamm-)Gemeinschaft zertifiziert wird, muss die zuständige **Zertifizierungsstelle** von der SAS akkreditiert werden. Seit November 2020 ist die KPMG als Zertifizierungsstelle akkreditiert.

Tabelle 4 gibt einen Überblick über den aktuellen Stand der Zertifizierung und der Betriebsaufnahme der **(Stamm-)Gemeinschaften**.

Tabelle 4: Überblick zum Aufbau der (Stamm-)Gemeinschaften

Stamm-/Gemeinschaft	Zertifizierung		Betrieb	
	Stand	Datum	Stand	Datum
abilis AG	Abschluss geplant	Verlauf 2021	k.A.	k.A.
CARA	Zertifiziert	04/2021	In Betrieb	05/2021
Communauté de référence du dossier électronique du patient Neuchâtel (Mon Dossier Santé)	Zertifiziert	04/2021	k.A.	k.A.
XAD-Stammgemeinschaft (xsana)	Abschluss geplant	Verlauf 2021	k.A.	k.A.
Stammgemeinschaft eHealth Aargau (emedo)	Zertifiziert	12/2020	In Betrieb	05/2021
Stammgemeinschaft e-Health Ticino	Abschluss geplant	Verlauf 2021	k.A.	k.A.
Stammgemeinschaft Südost (eSANITA)	Zertifiziert	12/2020	k.A.	k.A.
Stammgemeinschaft Region Ost	Abschluss geplant	Verlauf 2021	k.A.	k.A.
Stammgemeinschaft Region Zentral	Abschluss geplant	Verlauf 2021	k.A.	k.A.
AD Swiss	Abschluss geplant	Verlauf 2021	k.A.	k.A.

Anmerkungen: k.A. = keine Angaben; die Angaben stammen von den (Stamm-)Gemeinschaften, Stand 1. Juli 2021.

Die beiden Stammgemeinschaften eHealth Aargau (emedo) und Südost (eSANITA) wurde im Dezember 2020 zertifiziert. Die Stammgemeinschaft eHealth Aargau (emedo) bietet der Aargauer Bevölkerung seit dem 3. Mai 2021 die Möglichkeit, ein EPD zu eröffnen. Die Stammgemeinschaft Südost (eSANITA) befindet sich zurzeit noch in der Startphase. Bei der Stammgemeinschaft eHealth Aargau (emedo) haben sich 19 Spitäler (inkl. Rehakliniken und Psychiatrien) angeschlossen, was einer Abdeckung von 90% in Relation zu ihrem Einzugsgebiet entspricht.[11] Bei der Stammgemeinschaft Südost (eSANITA) haben sich 24 Spitäler (inkl. Rehakliniken und Psychiatrien) angeschlossen, was einer Abdeckung von 73% in Relation zu ihrem Einzugsgebiet entspricht.[12] Bei beiden Stammgemeinschaften haben sich weitere Gesundheitseinrichtungen als Mitglieder angeschlossen (z.B. Pflegeheime und Spitexorganisationen); diese verfügten zum Zeitpunkt der Befragung jedoch noch nicht über einen EPD-Anschluss.

Im April 2021 erfolgte die Zertifizierung der Stammgemeinschaft CARA und der Stammgemeinschaft des elektronischen Patientendossiers Neuenburg (Mon Dossier Santé). Bei der Stammgemeinschaft

[11] Wetz und Ettlin (2021)b, S. 3.
[12] Wetz und Ettlin (2021)a, S. 3.

CARA kann die Bevölkerung seit dem 31. Mai 2021 ein EPD eröffnen. Weitere (Stamm-)Gemeinschaften werden in den kommenden Monaten laufend zertifiziert. Bis Ende 2021 sollten alle (Stamm-)Gemeinschaften zertifiziert sein.

Als **Herausgeber von Identifikationsmitteln** sind Elca (seit Dezember 2019), HIN (seit Januar 2020) und die SwissID (seit April 2021) zertifiziert. Die Verfügbarkeit von IDM nach EPDG ist damit sowohl für Gesundheitsfachpersonen als auch Patientinnen und Patienten sichergestellt.

3 Chancen und Herausforderungen

3.1 Erwarteter Nutzen des EPD

Mit dem EPD sollen die Qualität der Behandlungsprozesse verbessert, die Patientensicherheit erhöht und dadurch die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert werden. Abbildung 3 enthält eine Zusammenfassung des erwarteten Nutzens des EPD.

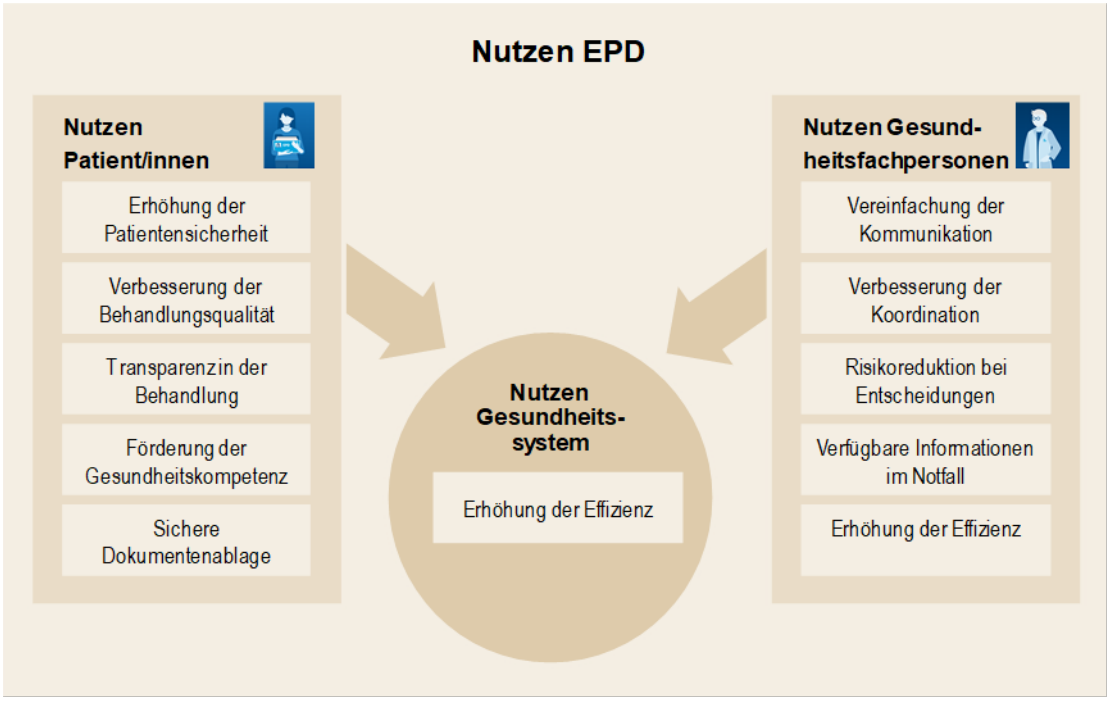

Abbildung 3: Erwarteter Nutzen des EPD Quelle: Ecoplan (2021)

Wenn behandlungsrelevante Informationen jederzeit für alle von den Patientinnen und Patienten berechtigten Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen zugänglich sind, können schwere Zwischenfälle, Fehlbehandlungen und Todesfälle vermieden werden, die beispielsweise auf Medikationsfehler[13] zurückzuführen sind (**Erhöhung der Patientensicherheit**). Zudem steigt die Qualität der medizinischen Behandlung, weil verschiedene Massnahmen besser aufeinander abgestimmt werden (**Verbesserung der Behandlungsqualität**). Patientinnen und Patienten können über das EPD selber auf ihre Dokumente zugreifen. Dadurch können sie besser nachvollziehen, welche Behandlungsmassnahmen durchgeführt wurden (**Transparenz in der Behandlung**), und sie können sich aktiver an den Entscheidungen bezüglich ihrer Behandlung beteiligen (**Förderung der Gesundheitskompetenz**). Wenn alle behandlungsrelevanten Dokumente sicher im EPD gespeichert sind, können sie nicht mehr verloren gehen (**Sichere Dokumentenablage**).

[13] Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2020).

Nicht aufgeführt in der Abbildung 3 ist der Nutzen des EPD im Rahmen der **Gesundheitsförderung und Prävention**. Informationen zur individuellen Prävention können im EPD abgelegt und zugänglich gemacht werden. Denn auch Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit, eigene Daten im EPD abzulegen, die sie beispielsweise über mobile Geräte selber erfassen (z.B. Einträge in einem Schmerztagebuch, Blutzucker- oder Bluthochdruckwerte). Mit neuen Technologien (z.B. Gesundheitsapps) können gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen unterstützt und begleitet werden.[14]

Die fachliche Spezialisierung im Gesundheitswesen hat dazu geführt, dass die Anzahl an Gesundheitsfachpersonen aus verschiedenen Berufsgruppen zugenommen hat, die an der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten beteiligt sind. Der einfache Zugriff auf behandlungsrelevante Informationen und Dokumente (z.B. Röntgenbilder, Spitalaustrittsberichte) ohne Umwege vereinfacht den organisationsübergreifenden Informationsaustausch (**Vereinfachung der Kommunikation**), unterstützt die Koordination der Behandlung (**Verbesserung der Koordination**) und verbessert die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und den interprofessionellen Austausch. Wenn alle behandlungsrelevanten Informationen zur Verfügung stehen, wird das Risiko für Fehlentscheide in der medizinischen Versorgung gesenkt (**Risikoreduktion bei Entscheidungen**). Zudem sind in einem Notfall alle wichtigen Informationen (z.B. zu Allergien, Medikation) rasch abrufbar (**Verfügbare Informationen im Notfall**). Über das EPD können behandlungsrelevante Informationen und Dokumente schnell und digital für andere Gesundheitsfachpersonen zur Verfügung gestellt werden (**Erhöhung der Effizienz**). Dies erfordert jedoch eine tiefe Integration der Primärsysteme ans EPD, ansonsten ist die Nutzung des EPD mit einem Zusatzaufwand verbunden.

Das EPD kann dazu beitragen, die Effizienz des Gesundheitssystems zu fördern (**Erhöhung der Effizienz**), indem Behandlungsprozesse verbessert und unnötige oder doppelte Behandlungen vermieden werden. In den ersten Jahren werden die Kosten, die mit der Einführung des EPD einhergehen, die Effizienzgewinne voraussichtlich noch übersteigen. Daher ist es wichtig, dass nun erste Erfahrungen mit dem EPD gesammelt und diese zu einem späteren Zeitpunkt evaluiert werden. Der erwartete Nutzen des EPD kann nur realisiert werden, wenn es von der Bevölkerung und den Gesundheitsfachpersonen auch effektiv genutzt wird.

3.2 Herausforderungen

Das EPD ist mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert, die neben der Einführung, dem Betrieb und der Weiterentwicklung des EPD auch dessen Verbreitung und Nutzung behindern können. Diverse Herausforderungen werden u.a. in den Arbeitsberichten der laufenden formativen Evaluation zur Umsetzung des EPDG[15] und im Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle[16] beschrieben.

3.2.1 Nachhaltige Finanzierung der (Stamm-)Gemeinschaften

Um den Nutzen des EPD für alle Beteiligten zu erhöhen, ist die Weiterentwicklung des EPD von grundlegender Bedeutung. Dazu sind jedoch entsprechende Investitionen der (Stamm-)Gemeinschaften nötig. Zum Zeitpunkt der Einreichung der Finanzhilfegesuche waren noch nicht alle Kosten für den Aufbau und den Betrieb vollständig berücksichtigt worden: Die finanziellen und personellen Aufwände für die Erstzertifizierung wie auch für die jährlichen Prüfungen und die Re-Zertifizierung (siehe Kapitel 3.2.3) wurden unterschätzt. Die Kosten für die Herausgabe der Identifikationsmittel an die Patientinnen und Patienten waren noch nicht einkalkuliert (siehe Kapitel 3.2.8). Dieser Umstand trägt wesentlich dazu bei, dass die (Stamm-)Gemeinschaften bei der Weiterentwicklung des EPD zurückhaltend

[14] Bundesamt für Gesundheit (BAG), Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), und Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2020), Seite 22.
[15] Jörg, Ettlin und Wetz (2018); Ettlin und Wetz (2019).
[16] Eidgenössische Finanzkontrolle (2020).

sind, da die entsprechenden Arbeiten mit Kosten für die Informatikinfrastruktur und die Prüfung der weiterentwickelten IT-Anwendungen durch die Zertifizierung einhergehen.

Rückblickend wurden diese verschiedenen Kostenblöcke in der Finanzplanung der (Stamm-)Gemeinschaften zu wenig berücksichtigt. Es zeigt sich, dass das EPD nicht selbsttragend ist und sich nicht allein durch kostenpflichtige Dienstleistungen ausserhalb des EPD selber finanzieren lässt. Die Umsetzung von rentablen Geschäftsmodellen mit kostenpflichtigen Zusatzdiensten (z.B. eZuweisung) wird durch den Umstand erschwert, dass die technische EPD-Infrastruktur der (Stamm-)Gemeinschaften, die technischen Komponenten des Bundes und die Patientenidentifikationsnummer aufgrund der aktuellen Gesetzgebung nicht für Zusatzdienste verwendet werden können. Die spätere Betriebsaufnahme, welche zu einem wesentlichen Teil den unterschätzten Zertifizierungsarbeiten geschuldet ist, führt zu verzögerten Einnahmen durch die Mitgliederbeiträge. Dies gilt für diejenigen (Stamm-)Gemeinschaften, welche nicht auf Kantonsbeiträge zählen können.

Folgen einer fehlenden Regelung der nachhaltigen Finanzierung

Wenn die nachhaltige Finanzierung der (Stamm-)Gemeinschaften nicht sichergestellt werden kann, können die (Stamm-)Gemeinschaften die Ressourcen für die Verbreitung aber auch für die Weiterentwicklung des EPD nicht aufbringen. Im ungünstigsten Fall besteht zwar grundsätzlich das Angebot, es fehlen jedoch die Mittel, um für das EPD zu werben und es einer breiten Masse der Bevölkerung zugänglich zu machen. Eine fehlende technische Weiterentwicklung führt zudem dazu, dass der Nutzen des EPD bescheiden und infolgedessen die Motivation, ein EPD zu eröffnen, gering bleibt.

Dauerhafte Finanzierungsprobleme könnten zum Einstellen der Betriebstätigkeit der (Stamm-)Gemeinschaften führen. Die im Einzugsgebiet ansässigen Gesundheitseinrichtungen müssten sich in der Folge einer anderen (Stamm-)Gemeinschaften anschliessen. Ebenfalls wäre mit vermehrten Zusammenschlüssen bestehender (Stamm-)Gemeinschaften und einer Reduktion der Anbieter zu rechnen.

3.2.2 Dezentrale Umsetzung

Die föderalistische Struktur des Gesundheitswesens und die verschiedenen involvierten Akteure erschweren die Einführung des EPD. Das EPDG wurde als Rahmengesetz ausgestaltet und weist dem Bund mangels Bundeskompetenz nur wenige Aufgaben zu, was eine zentrale Steuerung der Einführung und des Betriebs des EPD erschwert. Da der Handlungsspielraum des Bundes im Gesundheitswesen durch die Verfassung beschränkt wird, hat er nur bedingt Möglichkeiten, die Akteure in die Pflicht zu nehmen. Die dezentrale Struktur des EPD fordert einen erhöhten Koordinations- und Abstimmungsbedarf zwischen den verschiedenen Akteuren. Diese Aufgabe wird durch eHealth Suisse wahrgenommen.

Die EFK hat in Ihrem Prüfbericht auf diese Problematik hingewiesen. In der Folge wurde gemeinsam mit den Kantonen der bisherige Steuerungsausschuss von eHealth Suisse per 25. September 2019 in einen Programmausschuss überführt. Der Programmausschuss tagt periodisch und lässt sich in strukturierter Form über die Einführung – und später auch den Betrieb – des EPD informieren. Allerdings kann der Programmausschuss die fehlenden Durchsetzungsmöglichkeiten des Bundes nicht kompensieren.

3.2.3 (Re-)Zertifizierung der (Stamm-)Gemeinschaften

Das umfangreiche Zertifizierungsverfahren hat in der Einführung des EPD zu Verzögerungen geführt und bei allen involvierten Akteuren deutlich mehr Ressourcen beansprucht als erwartet. Auch in Zukunft wird das Zertifizierungsverfahren finanzielle Mittel der (Stamm-)Gemeinschaften beanspruchen, da neben den periodischen Prüfungen auch Anpassungen (z.B. nachträgliche Korrekturen, Weiterent-

wicklung) zusätzliche Prüfungen mit entsprechenden Mehrkosten erforderlich machen. Dieser Umstand könnte bei den (Stamm-)Gemeinschaften dazu führen, dass Investitionen in die Weiterentwicklung des EPD nur zögerlich getätigt werden.

3.2.4 Teilnahme der Leistungserbringer

Für ambulant tätige Gesundheitsfachpersonen war die Teilnahme am EPD bisher freiwillig. Mit der KVG-Änderung «Zulassung von Leistungserbringern» wird der Anschluss an eine (Stamm-)Gemeinschaft ab 1. Januar 2022 auch für neu zugelassene ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte obligatorisch. Mit der Annahme der Motion 19.3955 «Ein elektronisches Patientendossier für alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen» der SGK-N am 8. März 2021 werden alle Leistungserbringer bzw. Gesundheitsfachpersonen dazu verpflichtet werden, sich einer zertifizierten (Stamm-)Gemeinschaft anzuschliessen. Die Aufhebung der Freiwilligkeit im ambulanten Bereich wird zur Verbreitung des EPD beitragen. Die rechtliche Umsetzung muss jedoch noch angegangen werden.

Auch wenn die Freiwilligkeit im ambulanten Bereich aufgehoben wird, gilt es weiterhin, die Gesundheitsfachpersonen vom Nutzen des EPD zu überzeugen. Verschiedene Gesundheitsfachpersonengruppen – insbesondere die im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte[17] – sind dem EPD gegenüber eher kritisch eingestellt. Damit der gesundheitspolitische Nutzen des EPD tatsächlich realisiert werden kann, braucht es motivierte Gesundheitsfachpersonen, die das EPD effektiv in ihrem Alltag einsetzen und ihren Patientinnen und Patienten auch weiterempfehlen. Die Nutzung und die Akzeptanz des EPD wird gefördert, indem es ihnen einen zusätzlichen Nutzen bietet (z.B. indem behandlungsrelevante Daten und Berichte direkt über das EPD ausgetauscht werden können oder der aktuelle Medikationsstatus auf einen Blick ersichtlich ist) und die Nutzung mit einem möglichst geringen Zusatzaufwand einhergeht (z.B. durch die Förderung der tiefen Integration der Primärsysteme).

3.2.5 Fehlende Integration in die Primärsysteme

Gesundheitsfachpersonen bzw. Gesundheitseinrichtungen können sich mittels Webportal an eine (Stamm-)Gemeinschaft anschliessen oder ihr Primärsystem direkt ins EPD integrieren. Die Art des Anschlusses ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Ein Webportal kann technisch und organisatorisch einfacher implementiert werden, es entsteht aber ein zusätzlicher Aufwand, da behandlungsrelevante Daten und Dokumente sowohl im Primärsystem als auch im EPD erfasst werden müssen. Vor allem bei Gesundheitseinrichtungen mit einem mittleren bis grossen Volumen an Patientinnen und Patienten wirkt sich der zusätzliche Aufwand aufgrund der Doppelerfassung von relevanten Unterlagen negativ aus. Die Anbindung mittels Webportal unterstützt die beabsichtigte Effizienzsteigerung unzureichend und erzeugt stattdessen Mehraufwände. Für eine tiefe Integration der Primärsysteme sind hingegen umfangreiche technische Arbeiten bei den Gesundheitsfachpersonen bzw. Gesundheitseinrichtungen und das Vorhandensein einer EPD-Schnittstelle erforderlich. Die Frage des finanziellen Aufwands hängt massgeblich davon ab, ob die medizinischen Dokumentation noch in Papierform oder bereits digital erfolgt. Dafür ist kein manueller Import und Export von Dokumenten ins EPD mehr nötig.

3.2.6 PDF-Dokumente und Unsicherheit bezüglich behandlungsrelevanter Informationen

In der Anfangsphase wird das EPD primär eine Sammlung von behandlungsrelevanten PDF-Dokumenten sein, da aktuell noch kein Austausch von strukturierten dynamischen Daten (z.B. eMedikation, eImpfdossier) möglich ist. Gerade bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern

[17] gfs.bern (2021)a, Seiten 43 und 46.

kann das Sichten einer Vielzahl von Dokumenten, um an die nötigen behandlungsrelevanten Informationen zu gelangen, mit einem gewissen Aufwand verbunden sein. Die im EPD vorhandenen Suchmasken werden diesen Prozess jedoch vereinfachen.

Gesundheitsfachpersonen, die sich einer (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossen haben, sind gesetzlich dazu verpflichtet, alle behandlungsrelevanten Daten und Dokumente im EPD abzulegen, falls der Patient oder die Patientin ein EPD besitzt. Welche Informationen und Daten als behandlungsrelevant gelten, hängt vom Krankheitsverlauf eines Patienten oder einer Patientin ab, weshalb diesbezüglich ein gewisser Interpretationsspielraum besteht. Die Umsetzungshilfe «Behandlungsrelevante Informationen» von eHealth Suisse gibt Empfehlungen ab, welche Dokumente von Seiten der Gesundheitsfachpersonen und der Patientinnen und Patienten zum Ablegen ins EPD empfohlen werden.[18]

3.2.7 EPD-Eröffnung und Anschlussmöglichkeiten für die Bevölkerung

Für die Eröffnung eines EPD sind zwei Schritte notwendig: (1) Der Zugriff auf das EPD erfolgt mit einem zertifizierten Identifikationsmittel, für welches die Patientin oder der Patient sich identifizieren muss. (2) Die Eröffnung eines EPD erfordert eine rechtsgültige schriftliche oder digitale Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Damit das EPD möglichst einfach und benutzerfreundlich eröffnet werden kann, sollen diese beiden Prozesse zusammengelegt werden. Zudem ist die Eröffnung für die Patientin oder den Patienten kostenlos, damit die Attraktivität des EPD erhöht werden kann. Die Finanzierungsfrage für den Eröffnungsprozess scheint noch nicht geklärt zu sein.[19]

Damit möglichst viele Personen ein EPD eröffnen, ist es relevant, dass die EPD-Eröffnungsstellen auf möglichst kurzem Weg gut erreichbar sind und dass die Bevölkerung darüber informiert ist, wo und wie sie ein EPD eröffnen kann. Gemäss dem Swiss eHealth Barometer 2021[20] würden 66% der Bevölkerung am liebsten beim Hausarzt ein EPD eröffnen, weitere 15% am liebsten im Internet und 9% im Spital. Von den bisher zertifizierten Stammgemeinschaften ist bekannt, dass die Bevölkerung bei Gesundheitseinrichtungen, Poststellen und Gemeindeverwaltungen ein EPD eröffnen kann.[21] Die Stammgemeinschaften können den Patientinnen und Patienten bereits heute die Möglichkeit anbieten, ein EPD online von zu Hause aus zu eröffnen.

Die Eröffnung und der Betrieb von Eröffnungsstellen ist für die Stammgemeinschaften mit zusätzlichen Kosten verbunden (Infrastruktur, Personal, Zertifizierungskosten). Daher sind sie bezüglich der Anzahl Eröffnungsstellen, die sie in ihrem Einzugsgebiet anbieten, eher zurückhaltend.

3.2.8 Kosten der Identifikationsmittel (IDM)

Die Kosten der für die bislang auf dem Markt verfügbaren IDM sind nach Erstidentifikationen und anschliessend jährlichen Gebühren pro IDM zu unterscheiden. Für die Herausgabe des IDM muss die Identität der Person anhand eines Ausweises festgestellt werden, was – je nach Ausgestaltung der eigentlichen Dienstleistung – zwischen CHF 15 und 25 kostet. Anschliessend erhebt der Identity Provider (IdP) jährliche Kosten von rund CHF 5 pro IDM.

Diese Kosten, die beim IdP entstehen, können nicht auf die Patientinnen und Patienten abgewälzt werden, weil die Eröffnung des EPD (und damit auch die Herausgabe des IDM) kostenlos ist. Somit müssen diese Kosten von den Stammgemeinschaften getragen werden. Diese Kosten waren in den Budgets der Stammgemeinschaften nicht vorgesehen und stellen eine bedeutende Herausforderung für die Sicherung des Betriebs dar. Die nachhaltige Finanzierung der Kosten für die IDM ist noch immer nicht flächendeckend geklärt.

[18] eHealth Suisse (2019)a.
[19] Ettlin und Wetz (2019), S. 34-35.
[20] gfs.bern (2021)b, S. 24.
[21] Die Stammgemeinschaften eHealth Aargau, eSANITA und CARA bieten Eröffnungsstellen bei der Post an. Weitere Eröffnungsstellen bieten eSANITA in Spitälern (inkl. Rehakliniken und Psychiatrien) und CARA in Gemeindeverwaltungen an. Diese Angaben stammen aus: Wetz und Ettlin (2021)b, S.5; Wetz und Ettlin (2021)a, S. 5.

4 Massnahmen zur Verbreitung und Nutzung des EPD

4.1 Bedingungen für die Verbreitung und Nutzung des EPD

Mit der Einführung des EPD ist noch nicht gewährleistet, dass es auch von vielen Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsfachpersonen genutzt wird. Der erwartete Nutzen des EPD kann nur erreicht werden, wenn es auch effektiv verwendet wird. Dazu braucht es Patientinnen und Patienten, die ein EPD eröffnen und ihren Gesundheitsfachpersonen Zugriffsrechte erteilen sowie Gesundheitsfachpersonen, die das EPD einsehen und selber behandlungsrelevante Dokumente ablegen. Die Verbreitung und Nutzung des EPD muss deshalb gezielt gefördert werden.

Im Grundlagenbericht werden Massnahmen aus den folgenden Bereichen vorgeschlagen, die zur Verbreitung und Nutzung des EPD beitragen.

- **Ausweitung des Obligatoriums** für Gesundheitsfachpersonen bzw. deren Einrichtungen
- **Information und Befähigung** der Bevölkerung und Gesundheitsfachpersonen
- **Erhöhung der Benutzerfreundlichkeit und Funktionalität** des EPD
- **Erleichterung des Zugangs** zum EPD
- Monetäre und nicht-monetäre **Anreize** für die Bevölkerung und Gesundheitsfachpersonen
- **Finanzierung** der EPD-Infrastruktur

Die Ausweitung des Obligatoriums für Gesundheitsfachpersonen bzw. deren Einrichtungen wird zu einer raschen Verbreitung des EPD beitragen. So sind beispielswiese die im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte gemäss dem Swiss eHealth Barometer 2021 diejenige Berufsgruppe, die vom EPD am wenigsten überzeugt und auch am wenigsten dazu bereit ist, sich freiwillig einer (Stamm-)Gemeinschaft anzuschliessen.[22] Wichtig für eine verbreitete Nutzung und Akzeptanz des EPD sind daher die Information und die Befähigung der Gesundheitsfachpersonen und der Bevölkerung. Damit möglichst viele Personen ein EPD eröffnen, ist es relevant, dass die EPD-Eröffnungsstellen auf kurzem Weg gut erreichbar sind, dass die Eröffnung mit möglichst wenig Aufwand verbunden ist und dass die Benutzung des EPD einfach ist. Für die Gesundheitsfachpersonen wird der Nutzen des EPD erhöht, wenn es ihnen einen zusätzlichen Nutzen bietet (z.B. durch interoperable Zusatzdienste wie eMedikation) und wenn die Anwendung mit einem möglichst geringen Aufwand einhergeht (z.B. durch die Förderung der tiefen Integration der Primärsysteme). Monetäre und nicht-monetäre Anreize dienen dazu, die Bevölkerung (z.B. mit Prämienrabatten) und die Gesundheitsfachpersonen (z.B. mit Tarifanpassungen) zur Teilnahme am EPD zu motivieren. Grundvoraussetzung für die Verbreitung und Nutzung des EPD ist eine funktionierende und nachhaltig finanzierte EPD-Infrastruktur. Deshalb sind auch Massnahmen relevant, die zur Weiterentwicklung des EPD beitragen und die Finanzierung von dessen Betrieb gewährleisten.

4.2 Bereits getroffene und geplante Massnahmen

Der Grundlagenbericht enthält eine Bestandesaufnahme der bereits getroffenen und geplanten Massnahmen, die zur Verbreitung und Nutzung des EPD beitragen. Tabelle 5 enthält eine Zusammenfassung dieser Bestandesaufnahme, die mit weiteren Massnahmen ergänzt wurde, die von verschiedenen Akteuren bereits umgesetzt wurden oder in Planung sind. Da sich die Arbeiten rund ums EPD laufend verändern, stellt die nachfolgende Darstellung eine Momentaufnahme dar.

[22] gfs.bern (2021)a, Seiten 43 und 46.

Tabelle 5: Bereits getroffene und geplante Massnahmen sowie zuständige Akteure/Ebene

Information und Befähigung	
Nationale EPD-Kampagne für die Bevölkerung und Gesundheitsfachpersonen Um der Bevölkerung und den Gesundheitsfachpersonen den Mehrwert des EPD aufzuzeigen und das Vertrauen darin zu erhöhen, wird von eHealth Suisse, finanziert durch den Bund, nach abgeschlossener Einführung des EPD eine nationale Informationskampagne durchgeführt. Der Bund finanziert die nationale EPD-Kampagne mit CHF 1 Mio. pro Jahr während drei Jahren. Zusätzlich stellt eHealth Suisse im gleichen Zeitraum basierend auf dem allgemeinen Kommunikationsauftrag jährlich CHF 200'000 zur Verfügung. Zielgruppen der Kampagne sind die Gesamtbevölkerung und Gesundheitsfachpersonen. Übergeordnete Ziele sind: (1) das EPD und seine Dachmarke «EPD» bekanntmachen; (2) den Nutzen des EPD aufzeigen; (3) Vertrauen in die Datensicherheit aufbauen. Die Kantone und (Stamm-)Gemeinschaften sind in der Projektorganisation eingebunden. Sie werden für ihre Bedürfnisse auch Kampagnenprodukte erhalten, die sie regional anpassen und verbreiten können (vergl. Massnahme M-2, Tabelle 9).	Nationale Ebene
Website und weitere Informationsmaterialien für die Bevölkerung und Gesundheitsfachpersonen eHealth Suisse hat eine Vielzahl an Informationsmaterialen und Kommunikationsmittel für die Bevölkerung und für Gesundheitsfachpersonen erarbeitet. Auf der Website www.patientendossier.ch sind Publikationen, Erklärfilme und auch Schulungsunterlagen in verschiedenen Sprachen frei zugänglich. Zahlreiche Kommunikationsmittel und Plakate können in gedruckter Form kostenlos bestellt werden. Auf der Website ist zudem eine Übersicht mit den Profilen der einzelnen (Stamm-)Gemeinschaften ersichtlich.	eHealth Suisse
Umsetzungshilfe zur EPD-Befähigung der Bevölkerung eHealth Suisse stellt diverse Umsetzungshilfen für die beteiligten Akteure zur Verfügung. Die Umsetzungshilfe «Massnahmen zur EPD-Befähigung der Bevölkerung» soll die Kantone, Patientenorganisationen, Gesundheitsligen und weiteren Non-Profit-Organisationen im Gesundheitswesen sowie die Stammgemeinschaften bei der Lancierung von Massnahmen unterstützen, die das Ziel haben, die Bevölkerung im Umgang mit dem EPD kompetent zu machen.	eHealth Suisse
Kontaktstellen für Patientinnen und Patienten Stammgemeinschaften sind dazu verpflichtet, eine Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten einzurichten, die sie im Umgang mit ihrem EPD unterstützt. Die bereits zertifizierten Stammgemeinschaften eHealth Aargau (emedo), Südost (eSANITA) und CARA bieten beispielsweise über ihre Webseiten Unterstützung an. Zudem informiert die Stammgemeinschaft Südost (eSANITA) auf ihrer Webseite, dass beim Start des EPD ab Frühjahr 2021 eine EPD-Auskunftsstelle zur Verfügung stehen wird.[23]	Stammgemeinschaften
Schulungskurse für Multiplikatoren (N-6)[24] Multiplikatoren (Patientenorganisationen, Gesundheitsligen und andere Non-Profit-Organisationen im Gesundheitswesen) haben einen guten Zugang zu Patientinnen und Patienten, besonders im Bereich chronischer Erkrankungen, und sind	eHealth Suisse und Stammgemeinschaften

[23] Webseite eSANITA: https://esanita.ch/epd/#Support (Stand 18. April 2021).
[24] Vergl. Tabelle 6, Kapitel 4.3.

deshalb für Befähigungsmassnahmen prädestiniert. Die Mitarbeitenden dieser Organisationen müssen jedoch zuerst selber Wissen zum EPD erwerben, um ihr Klientel über das EPD informieren und zum Umgang mit dem EPD beraten zu können. eHealth Suisse hat bereits einen Schulungs-Kit für Multiplikatoren zum EPD erarbeitet. eHealth Suisse plant auch regionale Informationsveranstaltungen für Patientenorganisationen, um sie auf die Information und Beratung von Patientinnen und Patienten zum EPD vorzubereiten.	
Schulungskonzepte für Gesundheitsfachpersonen Verschiedene (Stamm-)Gemeinschaften haben Schulungskonzepte erarbeitet und erste Schulungen sind bereits erfolgt.	(Stamm-)Gemeinschaften
Seminare und Impulstage für Gesundheitsfachpersonen Dachverbände der Gesundheitseinrichtungen unternehmen verschiedene Massnahmen, um Informationen zum EPD in der Praxis zu verbreiten. Dazu bieten sie Seminare und Impulstage an und haben Leitfäden erstellt.[25]	Verbände von Gesundheitsfachpersonen/-einrichtungen
Erhöhung Benutzerfreundlichkeit & Funktionalität	
Festlegung verbindlicher Austauschformate für den strukturierten Informationsaustausch Die Benutzerfreundlichkeit des EPD wird zunehmen, wenn strukturierte medizinische Daten in Form sogenannter Austauschformate automatisch zwischen verschiedenen Primärsystemen der Gesundheitsfachpersonen ausgetauscht werden können. Damit nicht verschiedene Formen strukturierter medizinischer Informationen eingesetzt werden, die untereinander nicht interoperabel sind, wird künftig im Anhang 4 der Verordnung des EDI vom 22. März 2017 über das elektronische Patientendossier (EPDV-EDI; SR 816.111) verbindlich festgelegt, welche Austauschformate bei einem strukturierten Informationsaustausch zu verwenden sind. Die prioritären Austauschformate werden von der Arbeitsgruppe «Steuerung Weiterentwicklung» von eHealth Suisse festgelegt. Die fachlichen Grundlagen werden anschliessend von medizinischen Fachpersonen und IT-Expertinnen und Experten für die technisch-semantische Standardisierung von medizinischer Information erarbeitet. Die Austauschformate werden dann von eHealth Suisse für die rechtliche Verankerung ans BAG übergeben.	Nationale Ebene
Selbstdeklarationsprozess für EPD-anschlussfähige Primärsysteme (N-12)[26] eHealth Suisse initialisiert einen Selbstdeklarationsprozess, mit dem die Anbieter ihre Primärsysteme und deren Schnittstellen als «EPD-anschlussfähig» bezeichnen können. Ziel ist es, den Anbietern die Möglichkeit zur Selbstdeklaration ihrer EPD-anschlussfähigen Primärsysteme zu geben. So wird für die Gesundheitsfachpersonen mehr Markttransparenz geschaffen und die Hersteller verfügen über einen Marktvorteil, wenn sie ihr Primärsystem um eine EPD-Schnittstelle erweitern. Aktuell werden die Kriterien für die Selbstdeklaration ausgearbeitet. Der Kriterienkatalog soll anschliessend auf der Website von eHealth Suisse publiziert werden. Die Selbstdeklaration wird von den Anbietern selbstständig ausgefüllt. eHealth Suisse oder der zuständige Branchenverband nehmen keine Beurteilung der in der Selbstdeklaration aufgeführten Informationen vor und sie übernehmen daher auch keine Verantwortung für die Richtigkeit der Angaben.	Nationale Ebene

[25] Vergl. Grundlagenbericht S. 28, Ecoplan (2021).
[26] Vergl. Tabelle 6, Kapitel 4.3.

Anbindung von Primärsystemen Der eHealth Connector ist eine Open-Source-Schnittstelle für ein besser vernetztes, interoperables Gesundheitswesen und ist öffentlich frei verfügbar.[27] Er ermöglicht unter anderem die Anbindung von Primärsystemen ans EPD. eHealth Suisse als Mitglied der «IG eHealth Connector» arbeitet momentan an einer Weiterentwicklung des eHealth Connectors.	eHealth Suisse
Anbindung von mHealth-Anwendungen ans EPD Der Zugriff und das Hochladen von Daten und Dokumenten durch Patientinnen und Patienten wie auch für Gesundheitsfachpersonen ins EPD über mobile Geräte soll ermöglicht werden. Im Bericht «mobile Health (mHealth) Empfehlungen I»[28] von eHealth Suisse sind erste Handlungsempfehlungen herausgegeben worden. Inzwischen sind die technischen Anforderungen an die mHealth-Anbindung in Spezifikationen weitgehend festgelegt und können am EPD-Projectathon vom September 2021 getestet werden.	eHealth Suisse
Anreize für die Bevölkerung und Gesundheitsfachpersonen	
Temporäre Übernahme der Kosten für die elektronische Identität durch einige Kantone Knapp ein Drittel der Kantone plant die zumindest vorübergehende Übernahme der Kosten, die für Patientinnen und Patienten bzw. Gesundheitseinrichtungen im Zusammenhang mit dem IDM entstehen.[29] Damit ist die nachhaltige Sicherung der Finanzierung nach wie vor nicht gesichert und die Frage der daraus entstehenden Betriebskosten sind für die (Stamm-)Gemeinschaften unverändert ungelöst.	Kantonale Ebene

4.3 Weitere Massnahmen zur Verbreitung des EPD

Der Grundlagenbericht enthält eine Auslegeordnung möglicher weiterer Massnahmen, die zur Verbreitung und Nutzung des EPD beitragen. Das BAG hat diese 22 Massnahmen einer weiteren Prüfung und Validierung unterzogen. Anschliessend wurden diejenigen Massnahmen ausgewählt, mit denen die Weiterentwicklung des EPD sowie dessen Verbreitung und Nutzung einschneidend vorangetrieben werden können. Tabelle 6 enthält eine Übersicht über die 22 Massnahmen aus dem Grundlagenbericht. Es wird aufgezeigt, welche Akteure für die Umsetzung der Massnahmen zuständig sind und ob der Bund sie weiterverfolgen wird oder nicht.

[27] Mehr Informationen sind vorhanden unter: https://www.ehealth-connector.org/de/home.
[28] eHealth Suisse (2017).
[29] Kantone AG, SG, TI, GE, JU, VD, NE, VS; vergl. Grundlagenbericht S. 25, Ecoplan (2021).

Elektronisches Patientendossier. Was gibt es noch zu tun bis zu seiner flächendeckenden Verwendung?

Tabelle 6: Weiterer Massnahmen zur Verbreitung des EPD

Bereich	Akteur	Nr.	Massnahme	Beurteilung des Bundes
Ausweitung Obligatorium	Bund	N-1	Freiwilligkeit im ambulanten Bereich mit einer Übergangsfrist aufheben	✓
	Bund	N-2	Widerspruchslösung für die Bevölkerung einführen	X
	Bund	N-3	Durchsetzbares Recht auf ein EPD für Patient/innen schaffen	X
Information & Befähigung	eHealth Suisse	N-4	Nationale Hotline für die Bevölkerung einrichten	X
	eHealth Suisse	N-5	Information der Bevölkerung auf den Nutzen ausrichten	✓
	eHealth Suisse & Stammgemeinschaften	N-6	Schulungskurse für Multiplikatoren anbieten[30]	!
	Kantone	N-7	Bestehende Leistungsvereinbarungen mit Multiplikatoren erweitern	✓
	Berufsschulen, HF, FH, Universitäten	N-8	Gesundheitsfachpersonen während der Ausbildung sensibilisieren	✓
	Verbände von Gesundheitsfachpersonen/-einrichtungen	N-9	Gesundheitsfachpersonen in Fort- und Weiterbildungen sensibilisieren	✓
Erhöhung Benutzerfreundlichkeit & Funktionalität	Bund	N-10	Zentrale Ablage für dynamische Daten erlauben	✓
	Bund	N-11	Zugriffssteuerung vereinfachen	X
	Bund, Kantone, eHealth Suisse, Verbände der Gesundheitsfachpersonen	N-12	Tiefe Integration der Primärsysteme fördern[31]	!
	Stammgemeinschaften & Hersteller	N-13	EPD-Anwender/innen für die Optimierung des EPD einbeziehen	X
Erleichterung Zugang	Kantone & (Stamm-) Gemeinschaften	N-14	Bezug der elektronischen Identität erleichtern	✓

[30] Das Ziel C2 der Strategie eHealth Schweiz 2.0 – 2018-2022 bezieht sich darauf, dass Kantone und eHealth Suisse zur Befähigung der Menschen in der Schweiz im Umgang mit dem EPD beitragen, indem sie relevante Multiplikatoren wie Patientenorganisationen und Gesundheitsligen sowie Gesundheitsfachpersonen und Gesundheitseinrichtungen unterstützen. Mit der Massnahme C2.2 wurde eHealth Suisse bereits damit beauftrag, die Multiplikatoren bei der internen Schulung von Mitarbeitenden zu unterstützen. eHealth Suisse hat bereits einen Schulungs-Kit für Multiplikatoren zum EPD erarbeitet. Zurzeit klärt eHealth Suisse ab, ob und unter welchen Bedingungen die (Stamm-)Gemeinschaften den Multiplikatoren Zugang auf ihre EPD-Plattform gewähren können, damit diese die EPD-Prozesse durchspielen können. eHealth Suisse plant auch regionale Informationsveranstaltungen für Patientenorganisationen, um sie auf die Information und Beratung von Patientinnen und Patienten zum EPD vorzubereiten.

[31] Im Grundlagebericht von Ecoplan wurden verschiedene Massnahmen geprüft, mit welchen die tiefe Integration der Primärsysteme gefördert werden könnte (S. 52-56). Für die Umsetzung der meisten Massnahmen fehlt jedoch die gesetzliche Grundlage und/oder die Wirtschaftsfreiheit wird stark eingeschränkt oder die Massnahme ist mit Fehlanreizen verbunden. Eine Massnahme, die für den Bund mit einem geringen Aufwand einhergeht, ist die Schaffung eines Selbstdeklarationsprozesses, mit dem die Anbieter ihre Primärsysteme und deren Schnittstellen als «EPD-anschlussfähig» bezeichnen können. Dieser Selbstdeklarationsprozess wurde von eHealth Suisse bereits angestossen. Mit dem Selbstdeklarationsprozess wird für die Gesundheitsfachpersonen mehr Markttransparenz geschaffen und die Hersteller, die schnell eine EPD-Schnittstelle implementieren, verschaffen sich (vorübergehend) einen Marktvorteil.

Bereich	Akteur	Nr.	Massnahme	Beurteilung des Bundes
	Bund	N-15	Zugang per Self-Onboarding vereinfachen	✓
	Stammgemeinschaften	N-16	Breites und niederschwelliges Angebot an EPD-Eröffnungsstellen sicherstellen	✓
Anreize	Bund	N-17	Nutzung der technischen EPD-Infrastruktur für interoperable Zusatzdienste erlauben	✓
	Versicherer	N-18	Im Krankenversicherungsbereich monetäre Anreize für die Bevölkerung schaffen	**X**
	Tarifpartner	N-19	Im ambulanten Arzt-Tarif eine angemessene Abgeltung sicherstellen	**X**
Finanzierung EPD-Infrastruktur	Bund	N-20	Zertifizierungsverfahren durch eine staatliche Anerkennung ersetzen	✓
	Bund & Kantone	N-21	Dauerhafte Kofinanzierung der EPD-Infrastruktur gewährleisten	✓
	Bund	N-22	KVG-Prämienbeitrag für die Digitalisierung im Gesundheitswesen einführen	**X**

Anmerkungen: ✓ = Massnahmen, die weiterverfolgt werden; **X** = Massnahmen, die nicht weiterverfolgt werden; **!** = Massnahmen, die bereits umgesetzt werden (vergl. Tabelle 5, Kapitel 4.2).

4.3.1 Massnahmen, die nicht weiterverfolgt werden

In der Tabelle 7 sind die Massnahmen aus dem Grundlagenbericht zusammengefasst, die vom Bund nicht weiterverfolgt werden. Ausführlichere Informationen zu den einzelnen Massnahmen können dem Grundlagenbericht entnommen werden.

Tabelle 7: Massnahmen die nicht weiterverfolgt werden

N-2: Widerspruchslösung für die Bevölkerung einführen
- **Handlungsbedarf**: Wenn Patientinnen und Patienten ein EPD eröffnen wollen, müssen sie selber aktiv werden und explizit in die Eröffnung ihres EPD einwilligen (Zustimmungslösung). Diese Zustimmungslösung könnte durch eine Widerspruchslösung ersetzt werden, indem für alle versicherten Personen in der Schweiz automatisch ein EPD generiert wird. Die Versicherten hätten jedoch die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen bzw. aus dem EPD wieder auszutreten. - **Umsetzung**: Der Bund müsste im EPDG die gesetzliche Grundlage für ein Widerspruchsrecht schaffen, wobei fraglich ist, ob dafür eine ausreichende Verfassungsgrundlage besteht. - **Nutzen**: Die Widerspruchslösung fördert die Verbreitung des EPD in der Bevölkerung. Mehr Menschen verfügen über ein EPD, weil sie selber aktiv werden müssten, um darauf zu verzichten. - **Begründung der Ablehnung**: Der Bundesrat ist der Ansicht, dass sich das EPD ohne rechtlichen Zwang entwickeln kann. Im Sinne der informationellen Selbstbestimmung entscheidet jede Person selber, ob sie ein EPD führen will. Zudem ist davon auszugehen, dass bei einer Widerspruchslösung eine grosse Anzahl EPDs ungenutzt bleiben dürfte, wenn Personen zwar kein EPD haben wollen, aber nicht von ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Der gesundheitspolitische

Nutzen fällt allerdings vor allem bei Personen an, die bei verschiedenen Gesundheitsfachpersonen in Behandlung sind und somit ein reger Informationsaustausch stattfindet.

N-3: Durchsetzbares Recht auf ein EPD für Patientinnen und Patienten schaffen

- **Handlungsbedarf**: Patientinnen und Patienten haben das Recht auf ein EPD. Dieses Recht lässt sich aber gegenüber den ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen nicht durchsetzen, da diese zurzeit noch nicht gesetzlich dazu verpflichtet sind, sich einer (Stamm-)Gemeinschaft anzuschliessen und das EPD im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu nutzen. Mit dieser Massnahme könnten Patientinnen und Patienten auf dem Rechtsweg einfordern, dass sich die in ihre Behandlung involvierten Gesundheitsfachpersonen dem EPD anschliessen.
- **Umsetzung**: Der Bund müsste im EPDG ein durchsetzbares Recht auf ein EPD schaffen und die Sanktionen bei Nichtbefolgung definieren.
- **Nutzen**: Mit einem durchsetzbaren Recht auf ein EPD für Patientinnen und Patienten sollte der Druck auf die ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen erhöht werden, sich trotz Freiwilligkeit dem EPD anzuschliessen.
- **Begründung der Ablehnung**: Der Bundesrat erachtet diese Massnahme mittelfristig als hinfällig, da sich die ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen mit der Umsetzung der Motion 19.3955 «Ein elektronisches Patientendossier für alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen» der SGK-N bereits einer (Stamm-)Gemeinschaft anschliessen müssen.

N-4: Nationale Hotline für die Bevölkerung einrichten

- **Handlungsbedarf**: Die Schaffung einer nationalen Hotline soll es der Bevölkerung ermöglichen, sich für Fragen rund um das EPD (z.B. zur Eröffnung oder zum Datenschutz) telefonisch an eine zentrale Stelle wenden zu können.
- **Umsetzung:** Der Bund müsste ein Dienstleistungsunternehmen mandatieren, welches die nationale Hotline betreibt.
- **Nutzen**: Das niederschwellige Angebot unterstützt und befähigt die Bevölkerung.
- **Begründung der Ablehnung**: Aus Sicht des Bundesrates passt eine nationale Hotline nicht zum dezentralen Ansatz der Stammgemeinschaften, welche individualisierte Dienstleistungen im Rahmen des EPDG anbieten. Zudem könnten Mitarbeitende einer solchen Hotline aufgrund der Unterschiede zwischen den Stammgemeinschaften und EPD-Plattformen jene Fragen nicht beantworten, welche die Umsetzung in einer spezifischen Stammgemeinschaft betreffen. Es braucht daher immer auch eine Stelle bei einer konkreten Stammgemeinschaft, an die sich Patientinnen und Patienten bei Fragen wenden können. Die Einführung einer nationalen Hotline hätte damit Doppelspurigkeiten zur Folge.

N-11: Zugriffssteuerung vereinfachen

- **Handlungsbedarf**: Mit der Zugriffssteuerung legen die Patientinnen und Patienten fest, welche Gesundheitsfachpersonen auf welche ihrer Dokumente zugreifen dürfen. Aufgrund der informationellen Selbstbestimmung bestimmen sie selber darüber, welcher der drei Vertraulichkeitsstufen ein Dokument zugeordnet wird (normal zugänglich, eingeschränkt zugänglich oder geheim). Sie entscheiden auch, welcher Gesundheitsfachperson sie ein normales oder ein erweitertes Zugriffsrecht erteilen oder ob sie ihr keinen Zugriff auf ihr EPD ermöglichen.
- **Umsetzung**: Für eine Vereinfachung der Zugriffssteuerung hat der Bund zwei Möglichkeiten: Einerseits könnte er die Anzahl der Vertraulichkeitsstufen und Zugriffsrechte auf Verordnungsstufe

reduzieren. Andererseits könnte der Bund auf die Erteilung von Zugriffsrechten durch die Patientinnen und Patienten verzichten und stattdessen grundsätzlich allen Gesundheitsfachpersonen Zugriff auf das EPD geben, wobei aber nur im Rahmen einer konkreten Behandlung auf das EPD einer bestimmten Person zugegriffen werden darf. Patientinnen und Patienten könnten anhand der Zugriffsprotokolle überprüfen, welche Gesundheitsfachpersonen auf ihr EPD zugegriffen haben und sie könnten nicht berechtigte Zugriffe den Behörden melden, damit eine entsprechende Bestrafung vorgenommen wird.

- **Nutzen**: Die Vereinfachung der Zugriffssteuerung soll das EPD für Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsfachpersonen benutzerfreundlicher machen und dadurch zur Verbreitung und Nutzung des EPD beitragen.
- **Begründung der Ablehnung**: Die geltende Zugriffssteuerung ist anspruchsvoll. Allerdings ermöglicht sie es Patientinnen und Patienten, selber zu entscheiden, wer Einsicht in ihre Gesundheitsdaten hat. Da es sich bei Gesundheitsdaten um besonders schützenswerte Daten handelt, ist in diesem Bereich eine stringente Regelung von grosser Bedeutung. Patientinnen und Patienten, die nicht digital versiert sind, können sich von berechtigten Stellvertretungen unterstützen lassen. Der Bundesrat erachtet daher eine weitere Vereinfachung der Zugriffssteuerung aktuell als nicht zielführend.

N-13: EPD-Anwenderinnen und Anwender in die Optimierung des EPD einbeziehen

- **Handlungsbedarf**: Mit dem Einbezug von Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsfachpersonen, die das EPD regelmässig nutzen, soll die Bedienbarkeit des EPD fortlaufend optimiert werden.
- **Umsetzung**: (Stamm-)Gemeinschaften und/oder Plattformanbieter etablieren geeignete Partizipationsformate (z.B. Workshops) für den Austausch mit den EPD-Anwenderinnen und Anwendern.
- **Nutzen**: Ein benutzerfreundliches und attraktives EPD fördert die Verbreitung und Nutzung.
- **Begründung der Ablehnung**: Der Bundesrat geht davon aus, dass die relevanten Akteure, wie beispielsweise Patientenorganisationen und Gesundheitsligen, in geeigneter Weise durch die (Stamm-)Gemeinschaften, die EPD-Plattformanbieter oder auch eHealth Suisse mit einbezogen werden. Der Bundesrat erachtet auch die Nutzerbefragungen, die im Rahmen des EPDG-Monitorings durchgeführt werden, und andere Erhebungen zu diesem Thema als geeignete Quellen.

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

- **Handlungsbedarf**: Die Teilnahme am EPD ist für Patientinnen und Patienten freiwillig. Mit finanziellen Anreizen im Bereich der Krankenversicherung soll die Bevölkerung dazu motiviert werden, ein EPD zu eröffnen.
- **Umsetzung**: Den Versicherern würden grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung stehen, wie sie ihren Versicherten durch die Eröffnung und Nutzung eines EPD Sparmöglichkeiten bzw. Anreize bieten könnten. Sie könnten Prämienrabatte in der Grundversicherung im Rahmen von Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (nur Leistungserbringer mit EPD-Anschluss) oder im Rahmen von Versuchen mit neuen Versicherungsmodellen (gestützt auf den Experimentierartikel, Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) anbieten. Denkbar wären auch Prämienrabatte oder Bonuspunkte für Zusatzversicherungen (Versicherungsvertragsgesetz; VVG). Ganz allgemein gilt, dass es gestützt auf die aktuelle gesetzliche Lage nur möglich ist, bestehende Modelle wie z.B. Hausarzt, oder HMO (Health Maintenance Organization) freiwillig mit dem EPD zu ergänzen («Kombi-Modell»), d.h. freiwilliges Angebot durch Versicherer und freiwillige Wahl durch die Versicherten. Die Details wären in den Versicherungsbedingungen zu regeln.

- **Nutzen**: Finanzielle Anreize im Bereich der Krankenversicherung fördern die Verbreitung des EPD in der Bevölkerung.
- **Begründung der Ablehnung**: Für Versicherungsmodelle nach Art. 41 Abs. 4 KVG gilt, dass die Prämienrabatte den zu erwartenden Kosteneinsparungen entsprechen müssen. Dieser Nachweis muss bei der Einführung eines neuen Modells noch nicht vorliegen, sondern ist innerhalb von fünf Jahren vorzulegen. Es stellt sich jedoch die Frage, wie viele zusätzliche Prozentpunkte bei einer Erweiterung bestehender Modelle überhaupt noch möglich sind. Zumindest in der Anfangszeit der Einführung des EPD sind zudem noch keine Kosteneinsparungen zu erwarten, die auf die Nutzung des EPD zurückzuführen sind. Bei geringfügigen zusätzlichen Rabattprozenten (bis +2 Prozent) stellt ein geringer zusätzlicher Prämienrabatt kaum einen grossen Anreiz dar: Weder für die Versicherten noch für die Versicherer.

  Grundsätzlich müssten, um aufzeigen zu können, ob die Verwendung des EPD mittel- bis längerfristig zu Kosteneinsparungen führen wird, erste Erfahrungen mit dem EPD gemacht und diese dann analysiert werden.[32]

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

- **Handlungsbedarf**: Ohne tiefe Integration des Primärsystems kann die Anwendung des EPD für Gesundheitsfachpersonen mit einem zeitlichen Mehraufwand einhergehen, da behandlungsrelevante Informationen sowohl im Primärsystem als auch im EPD abgelegt werden müssen. Zudem können Patientinnen und Patienten die Gesundheitsfachpersonen mit Fragen rund ums EPD konfrontieren.
- **Umsetzung**: Die nationalen Tarifpartner könnten im ambulanten Arzt-Tarif bei bestehenden Tarifpositionen neue Tarifposition/en für konkrete Leistungen rund um das EPD schaffen (z.B. für Import und Export von EPD-Dokumenten). Die Tarifanpassung/en müssten anschliessend vom Bundesrat genehmigt werden.
- **Nutzen**: Mit einem ambulanten Arzt-Tarif soll der zeitliche Mehraufwand, der mit der Anwendung des EPD einhergehen kann, abgegolten werden. Dadurch soll die ambulant tätige Ärzteschaft motiviert werden, das EPD aktiv zu nutzen und es auch ihren Patientinnen und Patienten weiterzuempfehlen.
- **Begründung der Ablehnung**: Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zur Interpellation Graf-Litscher 17.3694 «Wie werden Gesundheitsfachpersonen für ihre Aufwände mit dem elektronischen Patientendossier entschädigt?» festgehalten, dass alle Kosten, die für einen Leistungserbringer nach Artikel 35 KVG für das Führen der EPDs ihrer Patientinnen und Patienten anfallen, bereits abgedeckt sind. Neben der ärztlichen Leistung am Patienten oder an der Patientin sind dies auch die damit direkt verknüpften Leistungen wie das Erstellen sowie das Studium von Dokumentationen und Berichten, das Benützen einer Infrastruktur usw., und zwar unabhängig davon, ob es sich um Berichte in Papierform oder elektronische Dokumente handelt. Nicht darunter fällt hingegen die Information der Patientinnen und Patienten über die Grundsätze der Datenbearbeitung des EPD.

  Für eine sachgerechte Tarifanpassung müssen zudem erste Erfahrungen mit dem EPD gemacht werden. Es ist aktuell noch nicht einschätzbar, ob die Nutzung des EPD mit einem Mehr- oder Minderaufwand einhergehen wird. Zudem steht der Aufwand in starker Abhängigkeit von der Integration der Primärsysteme.

[32] Der Bundesrat hat bereits in seiner Stellungnahme vom 30.11.2018 auf die Motion Graf-Litscher 18.3819 «Einen Anreiz schaffen, damit Krankenversicherte elektronische Patientendossiers eröffnen» darauf hingewiesen, dass für gesetzlich verankerte Anreize zuerst Erfahrungen mit der Verwendung des EPD gesammelt und analysiert werden müssen, da vor der Einführung des EPD noch nicht abgeschätzt werden kann, ob die Verwendung des EPD mittel- bis längerfristig zu spürbaren Einsparungen in der obligatorischen Krankenversicherung führen wird.

N-22: KVG-Prämienbeitrag für die Digitalisierung im Gesundheitswesen einführen
- **Handlungsbedarf**: Die Finanzierung des Betriebs und der Weiterentwicklung des EPD könnte mit der Einführung eines Prämienzuschlags für die Digitalisierung im Gesundheitswesen sichergestellt werden (entsprechend dem Prämienbeitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung gemäss Art. 20 KVG). - **Umsetzung**: Der Bund müsste im KVG die gesetzliche Grundlage für einen Prämienbeitrag für die Digitalisierung im Gesundheitswesen schaffen (analog Präventionsbeitrag). Die Prämienzahlenden würden folglich für die Finanzierung des EPD aufkommen. - **Nutzen**: Die langfristige Finanzierung des Betriebs und der Weiterentwicklung des EPD könnte sichergestellt werden. - **Begründung der Ablehnung**: Weil die Eröffnung eines EPD für die Bevölkerung freiwillig ist, würden alle Prämienzahlenden einen Beitrag leisten, auch wenn sie selber über kein EPD verfügen und in der Folge nicht davon profitieren. Der Bundesrat spricht sich gegen diese Massnahme aus, weil das Solidaritätsprinzip verletzt wird, indem Versicherte finanzielle Beiträge leisten müssten, auch wenn sie selber nicht von einem EPD profitieren würden.

4.3.2 Massnahmen, die weiterverfolgt werden

Aus dem Grundlagenbericht wurden die Massnahmen ausgewählt, mit denen die Weiterentwicklung des EPD sowie dessen Verbreitung und Nutzung effektiv vorangetrieben werden können. Die ausgewählten Massnahmen wurden weiter ausgearbeitet und einer zusätzlichen rechtlichen Prüfung unterzogen.

In den Tabellen 8 bis 11 werden die Massnahmen aufgezeigt, die aus Sicht des Bundesrates weiterverfolgt werden sollen. Für die Umsetzung einiger Massnahmen ist vorgängig eine Gesetzesrevision nötig, andere können sofort umgesetzt werden. Da viele Massnahmen in direktem Zusammenhang mit einer nachhaltigen Finanzierung der (Stamm-)Gemeinschaften stehen, soll zunächst auf die Finanzierung von Betrieb und Weiterentwicklung des EPD eingegangen werden.

4.3.2.1 Finanzierung Betrieb und Weiterentwicklung EPD

Ausgangslage: Wie in Kapitel 3.2.1 dargelegt, stellt die nachhaltige Finanzierung des Betriebs der (Stamm-)Gemeinschaften eine Herausforderung dar. Die bestehenden rechtlichen Grundlagen erlauben keine über die gesprochenen Finanzhilfen für den Aufbau der (Stamm-)Gemeinschaften hinausgehenden Verpflichtungen. Die finanzielle Unterstützung der Kantone fällt unterschiedlich aus, nur etwa ein Drittel der Kantone leistet befristete Beiträge an den Betrieb der (Stamm-)Gemeinschaften in ihrer Region.

Geprüfte Massnahmen: Nach geltender Kompetenz- und Aufgabenverteilung im Gesundheitsbereich sind die Kantone für die Sicherstellung und damit die Organisation der Gesundheitsversorgung zuständig.[33] Daher fällt die Verantwortung für den Aufbau wie auch später den Betrieb der (Stamm-)Gemeinschaften grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich der Kantone.

Der Bund kann die Finanzierung von Aufgaben gemäss EPDG nur regeln (sei dies, indem er sich selbst finanziell beteiligt oder dass er die Kantone in die Pflicht nehmen würde), wenn er zur Regelung der entsprechenden Massnahme an sich zuständig ist. Sofern eine Massnahme in die Zuständigkeit der Kantone fällt, kann der Bund weder die Massnahme an sich noch deren Finanzierung regeln. Wo der Bund zur Regelung zuständig ist, könnte er seine Finanzierung an die Mitfinanzierung durch die

[33] Botschaft EPDG, BBl 2013 5321, S.5403.

Kantone knüpfen, um diese zur Mitfinanzierung zu ermutigen. Eine **dauerhafte Co-Finanzierung** des Bundes ist daher unter der bestehenden Kompetenzaufteilung rechtlich nicht umsetzbar.

Die Finanzierung des Betriebes über **Finanzhilfen**, wie sie der Bund für den Aufbau der (Stamm-)Gemeinschaften zur Verfügung gestellt hat, ist nicht möglich, da die Regelung und damit die Finanzierung des Betriebes nicht in die Zuständigkeit des Bundes fällt und die Finanzhilfen überdies nicht zur Strukturerhaltung eingesetzt werden dürften. Zudem wird das grundsätzliche Problem der Betriebsfinanzierung mit befristeten Finanzhilfen nicht gelöst, weil der Betrieb – wenn überhaupt – erst längerfristig kostendeckend sein dürfte.

Eine nachhaltige und dauerhafte Finanzierung der (Stamm-)Gemeinschaften mittels einer Revision des EPDG ist mit der aktuellen Kompetenzaufteilung folglich kaum möglich, da der Bund aufgrund der bestehenden Verfassungsgrundlage (Art. 95 und 122) nur bedingt Aufgaben selber finanzieren oder die Kantone in die Pflicht nehmen kann. Die Frage, wie die Finanzierung des Betriebs und der Weiterentwicklung des EPD nachhaltig gesichert werden soll, kann in vorliegendem Bericht nicht abschliessend geklärt werden.

4.3.2.2 Weitere Massnahmen zur Verbreitung des EPD

In den Tabellen 8 bis 11 sind die Massnahmen aufgeführt, die aus Sicht des Bundes weiterzuverfolgen bzw. vertieft zu prüfen sind. Massnahmen, die nicht im Kompetenzbereich des Bundes liegen, werden den Kantonen und weiteren Akteuren zur Umsetzung empfohlen. Die für die Umsetzung verantwortlichen Akteure werden jeweils im Tabellenkopf genannt,

Tabelle 8: Ausweitung Obligatorium

M-1: Der Bund verpflichtet alle Gesundheitsfachpersonen im **ambulanten Bereich**, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen wollen, sich einer **(Stamm-)Gemeinschaft anzuschliessen.** [N-1][34]	Bund
- **Handlungsbedarf**: Das KVG hat bisher nur stationäre Gesundheitseinrichtungen dazu verpflichtet, sich einer zertifizierten (Stamm-)Gemeinschaft anzuschliessen. Mit der KVG-Änderung «Zulassung von Leistungserbringern» wird der Anschluss an eine (Stamm-)Gemeinschaft ab dem 1. Januar 2022 auch für neu zugelassene ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte obligatorisch. Am 8. März 2021 hat das Parlament die Motion 19.3955 «Ein elektronisches Patientendossier für alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen» der SGK-N angenommen, mit der der Bundesrat beauftragt wird, die gesetzlichen Grundlagen auszuarbeiten, damit alle Leistungserbringer bzw. Gesundheitsfachpersonen dazu verpflichtet werden, sich einer zertifizierten (Stamm-)Gemeinschaft anzuschliessen. Somit wurde die Umsetzung dieser Massnahme seit der Erstellung des Grundlagenberichts bereits in die Wege geleitet. - **Umsetzung**: Die Aufhebung der Freiwilligkeit erfolgt über eine Anpassung des KVG, welche mit der Revision des EPDG kombiniert werden könnte. - **Finanzierung**: Die administrativen Aufwendungen für die Erfassung der zusätzlichen Gesundheitsfachpersonen in den Systemen der (Stamm-)Gemeinschaften müssen von den (Stamm-)Gemeinschaften getragen werden, was im Rahmen der laufenden Kosten aufgefangen werden dürfte. Im Gegenzug dürften sich je nach Preismodell der (Stamm-)Gemeinschaft die Beiträge pro Gesundheitseinrichtung erhöhen. Die Ausbildungskosten für die EPD-Anwendung müssen von den Gesundheitsfachpersonen oder deren Arbeitgebern getragen werden. Seitens Bund resultiert kein spezifischer Finanzierungsbedarf.	

[34] Die Nummer in der eckigen Klammer entspricht der Nummer der Massnahme im Grundlagenbericht.

- **Herausforderung**: Die (Stamm-)Gemeinschaften müssen deutlich mehr Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit dem EPD ausbilden. Die ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen müssen die nötigen Vorkehrungen für die Nutzung des EPD treffen (z.B. Anbindung der Primärsysteme ans EPD).
- **Nutzen**: Die Aufhebung der Freiwilligkeit im ambulanten Bereich ist eine effektive Massnahme für die Verbreitung des EPD. Je mehr Gesundheitsfachpersonen am EPD teilnehmen, desto grösser ist der Nutzen des EPD.
- **Gesetzesgrundlage und -anpassung**: Die Aufhebung der Freiwilligkeit erfolgt über eine Anpassung des KVG.
- **Beurteilung der Massnahme:** Der Bundesrat wird diese Massnahme im Sinne der Motion SGK-N 19.3955 umsetzen.

Tabelle 9: Information und Befähigung

M-2: Die **Kommunikation** soll den Fokus auf den **Nutzen** des EPD legen. **eHealth Suisse** kann die Massnahme im Rahmen ihrer bereits geplanten Kommunikationsstrategie umsetzen und die Koordination mit den **Kantonen** sicherstellen. [N-5][35]	Kantone / eHealth Suisse

- **Handlungsbedarf**: Sowohl Patientinnen und Patienten als auch Gesundheitsfachpersonen sollen sich mit dem EPD vertraut machen und die Vorteile des EPD erkennen, was die breite Nutzung des EPD fördert. Wie in der Tabelle 5 im Kapitel 4.2 dargelegt, ist die Durchführung einer nationalen EPD-Kampagne bereits in Planung. Die nationale Kampagne wird jedoch nicht auf die regionalen Gegebenheiten eingehen können, weswegen entsprechende Kommunikationsmassnahmen der Kantone notwendig sind.
- **Umsetzung**: Die Kantone unterstützen und verstärken die nationale Kampagne mit regionalen Aktivitäten, welche auf ihr Versorgungsgebiet zugeschnitten sind. eHealth Suisse unterstützt sie u.a., indem sie Kampagnenprodukte erhalten, die sie ihren regionalen Bedürfnissen entsprechend anpassen und verbreiten können.
- **Finanzierung**: Das Ausmass der Finanzierung von zusätzlichen kommunikativen Massnahmen liegt im Ermessen der Kantone und der (Stamm-)Gemeinschaften. Die kantonalen Gesundheitsdirektoren wurden im Rahmen der GDK-Plenarversammlung vom November 2019 durch eHealth Suisse aufgefordert, für die «Unterstützung und Verstärkung der nationalen Kampagne» während vier Jahre ab 2021 ein Budget vorzusehen. Angeregt wurde ein Betrag von 10 bis 20 Rappen pro Einwohner/Einwohnerin während vier Jahren.
- **Herausforderung**: Bund und Kantone haben in der gemeinsam erarbeiteten Strategie eHealth 2.0 festgelegt, dass sich die Kantone an regionalen Informationskampagnen zur Einführung des EPD beteiligen werden (Ziel C1.2). Die Kantone können jedoch nicht zu einer Finanzierung von regionalen Kommunikationsmassnahmen verpflichtet werden.
- **Nutzen**: Für die Information der Bevölkerung sind nicht nur nationale EPD-Kampagnen entscheidend, sondern insbesondere die regionalen Aktivitäten in den Kantonen, welche spezifische Informationen zum EPD in ihrem Hoheitsgebiet beinhalten (z.B. über Stammgemeinschaften und Zugangsmöglichkeiten). Mit einer Ausrichtung der Informationstätigkeit auf den Nutzen des EPD sind dessen Vorteile bekannt, was wiederum die Verbreitung und aktive Verwendung des EPD fördert.
- **Gesetzesgrundlage und -anpassung**: Es sind keine rechtlichen Anpassungen notwendig.

[35] Die Nummer in der eckigen Klammer entspricht der Nummer der Massnahme im Grundlagenbericht.

- **Beurteilung der Massnahme:** Gemäss der verabschiedeten Strategie eHealth 2.0 geht der Bundesrat davon aus, dass sich die Kantone im Interesse einer möglichst raschen Verbreitung des EPD aktiv und auch finanziell an regionalen Informationskampagnen beteiligen.

M-3: Die **Kantone** erweitern ihre bestehenden Leistungsvereinbarungen mit **Multiplikatoren** zu den Themen Beratung und Information zum EPD. [N-7]	Kantone

- **Handlungsbedarf**: Den Multiplikatoren (Patientenorganisationen, Gesundheitsligen und andere Non-Profit-Organisationen im Gesundheitswesen) fehlen die finanziellen und personellen Ressourcen, um zusätzlich zu ihrem Kerngeschäft Beratungen zum EPD anzubieten.
- **Umsetzung**: Den Kantonen wird empfohlen, ihre bestehenden Leistungsvereinbarungen mit den Multiplikatoren um das Thema «Beratung und Information zum EPD» zu erweitern.
- **Finanzierung**: Es entstehen Kosten für die Erhöhung der Beträge in den Leistungsvereinbarungen, welche von den Kantonen als Vertragspartner der Vereinbarungen zu tragen wären. Die Finanzierung liegt im Ermessen der Kantone, welche diese Massnahme umsetzen.
- **Herausforderung**: Da der Gesundheitsbereich in die kantonale Zuständigkeit fällt, können die Kantone grundsätzlich selber über den Umfang der Leistungsvereinbarung entscheiden.
- **Nutzen**: Multiplikatoren haben einen guten Zugang zu Patientinnen und Patienten, besonders im Bereich chronischer Erkrankungen, und sind deshalb für Befähigungsmassnahmen prädestiniert. Die Umsetzung dieser Massnahmen wird daher zur Verbreitung des EPD bei den Patientinnen und Patienten beitragen, die besonders von der Nutzung des EPD profitieren werden.
- **Gesetzesgrundlage und -anpassung**: Der Abschluss dieser Leistungsvereinbarungen richtet sich nach kantonalem Recht und fällt in die Zuständigkeit der Kantone.
- **Beurteilung der Massnahme**: Der Bundesrat erachtet diese Massnahme als zielführend, da mit deren Umsetzung die Integration des EPD in die regionalen Versorgungsstrukturen und damit auch die nachhaltige Nutzung des EPD gefördert werden. Im Interesse der Förderung des EPD wäre es zu begrüssen, wenn die Kantone ihre Leistungsvereinbarungen entsprechend ergänzen würden.

M-4: Die **Aus- und Weiterbildungsinstitutionen** sowie **Verbände** von Gesundheitsfachpersonen integrieren **Lehrsequenzen zum EPD** in ihre Lernziele und Ausbildungscurricula und bieten **Module zur Digitalisierung im Gesundheitswesen** an, in denen auch das EPD Bestandteil ist. [N-8 und N-9]	Berufsschulen, HF, FH, Universitäten, Berufsverbände / eHealth Suisse

- **Handlungsbedarf**: Gesundheitsfachpersonen spielen eine wichtige Rolle bei der Verbreitung des EPD. Sie können Patientinnen und Patienten dazu ermutigen, ein EPD zu eröffnen; gleichzeitig können sie aber auch davon abraten. Gesundheitsfachpersonen, die vom Nutzen des EPD überzeugt sind, werden ihren Patientinnen und Patienten eher die Eröffnung eines EPD empfehlen. Daher sollten sie schon während der Ausbildung und in Weiterbildungen für die sinnvolle Nutzung des EPD im Alltag sensibilisiert werden und dadurch die Vorteile und Anwendungsbereiche kennenlernen, welche insbesondere für die inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit Vorteile bieten.
- **Umsetzung**: Die Bildungsverantwortlichen und Berufsverbände müssten die Integration von eHealth (inkl. EPD) in ihre Lernziele und Ausbildungscurricula weiter vorantreiben. eHealth Suisse sieht vor, die Bildungsverantwortlichen darin zu unterstützen, die Themen «EPD» und «eHealth» in ihre Lehrpläne zu integrieren.
- **Finanzierung**: Es entstehen administrative Kosten bei den Bildungsverantwortlichen für die Anpassung der Lehrpläne, welche in den bestehenden Aufgaben aufgefangen werden. Die Hilfsmittel werden von eHealth Suisse kostenlos zur Verfügung gestellt.

- **Herausforderung**: Die kantonalen Bildungsverantwortlichen müssen von eHealth Suisse von der Notwendigkeit dieser Massnahme überzeugt werden, da das Thema EPD letztlich eines von sehr vielen Themen ist, welche in der Ausbildung zu berücksichtigen sind.
- **Nutzen**: Die Vermittlung des Nutzens im Rahmen der Ausbildung wie auch in Weiterbildungen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Gesundheitsfachpersonen das EPD selber verwenden und damit ihren Patientinnen und Patienten das EPD weiterempfehlen bzw. sie diese auch im Umgang mit dem EPD beraten bzw. unterstützen können.
- **Gesetzesgrundlage und -anpassung**: Das Gesundheitsberufegesetz[36] hält fest, dass Absolventinnen und Absolventen eines Studiengangs Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten zu digitalen Arbeitsinstrumenten des Gesundheitswesens haben sollen, worunter auch das EPD fällt. Somit besteht auf Bundesebene eine gesetzliche Grundlage für diese Massnahme. Das Medizinalberufegesetz fördert die Qualität der Aus- und Weiterbildung von fünf universitären Medizinalberufen[37]. Lernziele zur Digitalisierung bzw. Informations- und Kommunikationstechnologie haben die Universitäten bereits heute mehrheitlich integriert, so dass diese Massnahme grundsätzlich anschlussfähig an das bestehende System ist.
- **Beurteilung der Massnahme:** Der Bundesrat erachtet diese Massnahme als zielführend. Sie dürfte potenziell eine grosse Wirkung entfalten, da die Digitalisierung bereits heute ein wichtiges Thema im Rahmen der Aus- und Weiterbildung darstellt. Im Interesse der Förderung des EPD begrüsst es der Bundesrat, wenn die Bildungsverantwortlichen die Integration von eHealth (inkl. EPD) in ihre Lernziele und Ausbildungscurricula weiter vorantreiben.

Tabelle 10: Erleichterung Zugang zum EPD

M-5: Den **Bezug der elektronischen Identität erleichtern** durch das Zusammenlegen dieses Prozesses mit dem Prozess zur Eröffnung eines EPD. [N-14][38]	Stammgemeinschaften

- **Handlungsbedarf**: Der Zugang zu einem EPD bedingt zwei separate Schritte: Einerseits wird durch den Herausgeber des Identifikationsmittels (IdP) die Identität festgestellt, was zur Herausgabe eines IDM führt. Andererseits wird von der Patientin bzw. dem Patienten durch die Stammgemeinschaft die Einwilligung zur Eröffnung des EPD eingeholt. Würden diese zwei Schritte separat durchgeführt, müsste die Patientin bzw. der Patient zweimal persönlich vorsprechen. Damit wird eine unnötige Erschwernis für die Eröffnung eines EPD geschaffen.
- **Umsetzung**: Der Prozess für den Bezug des IDM wird in Kombination mit dem Prozess zur Eröffnung eines EPD angeboten. Dies ist sowohl bei persönlicher Vorsprache wie auch unter gewissen Bedingungen online möglich. Das Zusammenlegen der beiden Prozesse wird von den (Stamm-) Gemeinschaften bereits heute angestrebt und teilweise auch schon umgesetzt, indem die durch die Stammgemeinschaft verantwortete Eröffnungsstelle auch für die Feststellung der Identität, welche der IdP verantwortet, genutzt wird.
- **Kosten**: Mit dem Zusammenlegen dieser beiden Prozesse entstehen keine Mehrkosten. Im Gegenteil: Es dürfte zu wesentlichen Einsparungen für Herausgeber von Identifikationsmitteln und Stammgemeinschaft führen, weil gewisse Prozessschritte (z.B. Kopieren des Ausweises) nicht doppelt ausgeführt werden müssen.
- **Herausforderung**: Keine, da die Umsetzung dieses Prozesses im Interesse aller Beteiligten liegt.
- **Nutzen:** Für die Patientinnen und Patienten fällt eine zweite Vorsprache weg. Je geringer die Hürden für die Eröffnung sind, umso eher eröffnen Patientinnen und Patienten ein EPD.

[36] Das Gesundheitsberufegesetz fördert die Qualität der Ausbildung von sieben Gesundheitsberufen auf Tertiärstufe: Pflege, Physio- und Ergotherapie, Geburtshilfe, Ernährung, Optometrie und Osteopathie.
[37] Humanmedizin, Zahnmedizin, Chiropraktik, Pharmazie und Veterinärmedizin.
[38] Die Nummer in der eckigen Klammer entspricht der Nummer der Massnahme im Grundlagenbericht.

- **Gesetzesgrundlage und -anpassung**: Es sind keine rechtlichen Anpassungen notwendig.
- **Beurteilung der Massnahme**: Aus Sicht des Bundesrates sind diese möglichst niederschwelligen Zugänge zur Eröffnung und zur Verbreitung des EPD von grosser Bedeutung und sollen von den Stammgemeinschaften im Interesse der Patientinnen und Patienten konsequent angeboten werden.

M-6: Die Stammgemeinschaften vereinfachen den **Zugang** zum EPD per **Self-Onboarding**, indem als Ergänzung zur qualifizierten elektronischen Signatur die Eröffnung eines EPD auch online angeboten wird. [N-15]	Stammgemeinschaften

- **Handlungsbedarf**: Für die Umsetzung eines Online-Self-Onboardings, d.h. die Feststellung der Identität und die Eröffnung des EPD über das Internet, müssen zwei Bedingungen erfüllt sein: (1) Patientinnen und Patienten benötigen für den Zugriff auf das EPD eine sichere eID und (2) Patientinnen und Patienten müssen für die Erstellung eines EPD ihre schriftliche Einwilligung geben. Soll diese Einwilligung auf elektronischem Weg erteilt werden, muss eine qualifizierte elektronische Signatur (QES) verwendet werden, welche die persönliche Vorsprache ersetzt (Art. 3 Abs. 1 EPDG sowie Art. 16 und 24 EPDV).

  Das Erfordernis einer QES bei der schriftlichen Einwilligung zur Eröffnung eines EPD stellt eine Erschwernis dar, weil nur wenige Privatpersonen über eine QES verfügen und diese kaum eigens für die Eröffnung eines EPD beschaffen werden.
- **Umsetzung**: Die Prüfung der Identität der einwilligenden Person (Patientin bzw. Patient) bei der Eröffnung eines EPD soll auch per Videoidentifikationsverfahren möglich sein. Dazu könnten die Stammgemeinschaften ein Unternehmen mit der Durchführung dieser Dienstleistung beauftragen und den Prozess mit ihren Vertragspartnern (Herausgeber von Identifikationsmittel, IdP) absprechen.
- **Finanzierung**: Die Feststellung einer einzelnen Identität über das Videoidentifikationsverfahren kostet ca. CHF 15 bis 25, je nach Ausgestaltung der Dienstleistung. Die neu entstehenden Kosten werden dadurch kompensiert, dass diese Identifikationen bzw. Eröffnungen nicht über eine Eröffnungsstelle vor Ort abgewickelt werden.
- **Herausforderungen**: Die Übergabe der im Rahmen der Ausstellung des IDM gewonnenen Informationen zur identifizierten Person an die Stammgemeinschaft muss auf technischer Ebene abgestimmt sein. Der Einsatz des Videoidentifikationsverfahrens ist nur dann sinnvoll, wenn der zweite Schritt (Eröffnung EPD) auch online erfolgt.
- **Nutzen:** Die Herausgabe der eID und die Eröffnung des EPD kann ohne persönliche Vorsprache der Patientin bzw. des Patienten erfolgen. Damit fallen der Aufwand der persönlichen Vorsprache wie auch einschränkende Öffnungszeiten der Eröffnungsstelle weg. Aus Sicht der Stammgemeinschaften fällt der Medienbruch von physischer Vorsprache mit Papier und elektronischer Eröffnung des EPD weg.
- **Gesetzesgrundlage und -anpassung**: Es sind keine rechtlichen Anpassungen notwendig.
- **Beurteilung der Massnahme:** Aus Sicht des Bundesrates ist diese Massnahme zur Eröffnung und zur Verbreitung des EPD geeignet, da die persönliche Vorsprache vor Ort wegfällt und die Hürde für die Eröffnung eines EPD durch die Patientinnen und Patienten verringert wird. Diese Massnahme soll daher von den Stammgemeinschaften im Interesse der Patientinnen und Patienten konsequent angeboten werden.

M-7 Stammgemeinschaften stellen ein **breites** und **niederschwelliges Angebot an EPD-Eröffnungsstellen** sicher. [N-16]	Stammgemeinschaften (Kantone)
- **Handlungsbedarf**: Die EPD-Eröffnungsstellen sollen für die Bevölkerung auf möglichst kurzen Wegen gut erreichbar sein und sich an Orten befinden, an denen sich das Alltagsleben abspielt (z.B. in Apotheken, Spitälern, Poststellen, Gemeindeverwaltungen). - **Umsetzung**: Die Stammgemeinschaften sind grundsätzlich für die Sicherstellung eines breiten und niederschwelliges Angebots an EPD-Eröffnungsstellen verantwortlich. In dem die Kantone die Stammgemeinschaften finanziell oder organisatorisch unterstützen, soll die Anzahl der Eröffnungsstellen und damit der Zugang der Bevölkerung vereinfacht werden. - **Finanzierung**: Die Eröffnung und der Betrieb von Eröffnungsstellen ist mit Kosten verbunden (Infrastruktur, Personal), die grundsätzlich von den Stammgemeinschaften getragen werden. In der Anfangsphase kommen für stichprobenweise ermittelte Eröffnungsstellen noch Zertifizierungskosten hinzu. - **Herausforderung**: Für den Betrieb einer Eröffnungsstelle entstehen für die Stammgemeinschaften Kosten, welche bei einer angespannten Finanzlage dazu führen, dass die Stammgemeinschaften insbesondere in der Anfangsphase mit der Anzahl Eröffnungsstellen eher zurückhaltend sind. Allerdings werden diese während dem Betrieb deutlich geringer ausfallen, da weniger Kontrollen anstehen werden und sich der Zeitaufwand für eine Kontrolle deutlich reduzieren wird. - **Nutzen**: Es ist naheliegend, dass eine erhöhte Anzahl an Eröffnungsstellen, welche an einem günstigen Standort liegen, zu einer höheren Anzahl an EPD-Eröffnungen führen wird. - **Gesetzesgrundlage und -anpassung**: Es sind keine rechtlichen Anpassungen notwendig. - **Beurteilung der Massnahme:** Für die erfolgreiche Verbreitung des EPD ist es von grosser Bedeutung, dass der Bevölkerung ein breites und niederschwelliges Angebot an Eröffnungsstellen angeboten wird. Je einfacher der Zugang zum EPD, desto mehr EPDs werden eröffnet. Die Finanzierung des Betriebs stellt für die Stammgemeinschaften eine grosse Herausforderung dar und sie sind daher bei der Anzahl Eröffnungsstellen zurückhaltend. Es ist daher zu begrüssen, wenn die Kantone in ihrem Hoheitsgebiet den niederschwelligen Zugang zum EPD fördern und unterstützen.	

Tabelle 11: Benutzerfreundlichkeit und Weiterentwicklung EPD

M-8: Schaffung eines Dienstes für die **Ablage von dynamischen Daten** (z.B. eMedikation). [N-10][39]	Bund
- **Handlungsbedarf**: In der Anfangsphase werden im EPD nur Dokumente abgelegt sein. Während dies für statische Daten wie Austritts- oder Operationsberichte unproblematisch ist, besteht bei Dokumenten mit dynamischen Daten die Gefahr, dass sie nicht vollständig und/oder nicht aktuell sind, weil sich diese Daten über die Zeit hinweg verändern (z.B. Medikationsplan). Dynamische Daten müssen daher in Echtzeit verfügbar sein, da sonst die Gefahr besteht, dass eine Patientin oder ein Patient aufgrund von nicht mehr aktuellen Informationen behandelt wird, was schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen kann (z.B. Unverträglichkeiten bei der Einnahme von mehreren Medikamenten). Aus technischer Sicht ist es heute jedoch kaum möglich, diese geforderte Aktualität der Daten sicherzustellen, wenn die Daten dezentral bei verschiedenen (Stamm-)Gemeinschaften abgelegt sind und bei der Konsultation einer Gesundheitsfachperson ad	

[39] Die Nummer in der eckigen Klammer entspricht der Nummer der Massnahme im Grundlagenbericht.

hoc zusammengestellt werden müssen. Mit einer zentralen Ablage, die entweder von einer einzigen (Stamm-)Gemeinschaft oder einer weiteren Stelle betrieben wird, liesse sich die Aktualität der dynamischen Daten gewährleisten.

Basierend auf diesem Handlungsbedarf schlägt Ecoplan die Massnahme vor, dass der Bund zentral einen Dienst zur Ablage von dynamischen Daten schaffen und betreiben soll. Das Betreiben einer zentralen Ablage durch den Bund ist jedoch nach erster Einschätzung nicht verfassungskonform, weshalb diese Variante nicht mehr weiterverfolgt wird.

- **Umsetzung**: Der Bund spezifiziert die Anforderungen an die zentrale Ablage, überlässt deren Umsetzung jedoch den (Stamm-)Gemeinschaften. Dies würde aber bedingen, dass sich die (Stamm-)Gemeinschaften untereinander einigen, wer diesen Dienst betreibt.
- **Finanzierung**: Es entstehen Kosten für die Anpassung der technischen Infrastruktur, welche durch die (Stamm-)Gemeinschaften getragen werden müssen. Die (Stamm-)Gemeinschaft, die den Dienst für die Ablage von dynamischen Daten anbietet, soll von den anderen (Stamm-)Gemeinschaften dafür finanziell entschädigt werden. eHealth Suisse wäre für die Koordination der Arbeiten zwischen den (Stamm-)Gemeinschaften verantwortlich.
- **Herausforderungen**: Die Definition, welche (Stamm-)Gemeinschaft diese Aufgabe übernimmt, und auch die Festlegung der Kosten für die Verrechnung zwischen den (Stamm-)Gemeinschaften bedingen eine von allen Akteuren mitgetragene Vereinbarung zwischen den beteiligten (Stamm-)Gemeinschaften.

  Die Einführung einer zentralen Ablage für dynamische Daten bedeutet zudem eine (weiterführende) Abkehr vom Prinzip der dezentralen Datenhaltung, auf dem die EPD-Architektur bislang basiert.
- **Nutzen**: Durch die Entwicklung von strukturierten medizinischen Inhalten (z.B. eMedikation) als Ergänzung für die in einer ersten Phase verwendeten PDF-Dokumente wird der Nutzen des EPD für alle Gesundheitsfachpersonen bzw. deren Einrichtungen als auch für die Patientinnen und Patienten erhöht, da eine zentrale Ablage erlaubt, dynamische Daten in Echtzeit abrufen zu können.
- **Gesetzesgrundlage und -anpassung**: Abhängig von der konkreten Umsetzung der Massnahme wird zu prüfen sein, ob es einer Revision des EPDG bedarf oder ob diese Massnahme allenfalls auf Verordnungsstufe umgesetzt werden kann.
- **Beurteilung der Massnahme**: Für den Bundesrat hat die Umsetzung dieser Massnahme zugunsten der Weiterentwicklung des EPD grundlegende Bedeutung, da der Nutzung des EPD erheblich erhöht wird. Weil der jeweils aktuelle Stand von dynamische Patientendaten (z.B. Medikationsplan) auf einen Blick ersichtlich ist, wird auch die Patientensicherheit erhöht. Das Angebot könnte solcher Dienstleistungen könnte ausserdem dazu beitragen, dass die Bevölkerung vermehrt ein EPD eröffnet.

M-9: Die **Nutzung der technischen EPD-Infrastruktur** wird auch für (ausgewählte und zu definierende) **interoperable Zusatzdienste** (z.B. eZuweisung) erlaubt. [N-17]	Bund / Kantone

Handlungsbedarf: Gesundheitsfachpersonen haben das Bedürfnis, im Verlauf einer Behandlung Berichte, Befunde oder Überweisungen direkt mit anderen Behandelnden digital austauschen zu können.[40] Ein Hausarzt kann beispielsweise die Zuweisung seiner Patientin zu einem Radiologen direkt in seinem Praxis-Informationssystem (PIS) erstellen und versenden (eZuweisung). Unter den geltenden Bestimmungen ist dies jedoch nicht möglich, da gemäss EPDG die EPD-Infrastruk-

[40] eHealth Suisse (2019)b, S. 6.

tur nur für das EPD selbst genutzt werden darf und kein direkter Datenaustauch zwischen Gesundheitsfachpersonen möglich ist. Zusatzdienste bieten jedoch eine echte Prozessunterstützung und erhöhen den Nutzen für die Gesundheitsfachpersonen massgeblich.

Die ursprüngliche Annahme, dass sich die (Stamm-)Gemeinschaften teilweise über kostenpflichtige, vom EPD unabhängige Zusatzdienste selber finanzieren können, hat sich denn auch nicht bewahrheitet. Die (Stamm-)Gemeinschaften hätten beispielsweise auf der Homepage, auf der sich das Zugangsportal zum EPD befindet, weitere Services (z.B. Terminvereinbarungs-Tool) anbieten können. Für Zusatzdienste ausserhalb des EPD muss jedoch eine parallele technische Infrastruktur aufgebaut werden. Der Aufbau einer parallelen Infrastruktur ist für die (Stamm-)Gemeinschaften mit hohen Kosten verbunden.

- **Umsetzung**: Für Zusatzdienste soll die EPD-Infrastruktur genutzt werden können. Indem der Datenaustausch im Rahmen von Zusatzdiensten über den EPD-Vertrauensraum[41] hinaus ermöglicht wird, sollen Gesundheitsfachpersonen behandlungsrelevante Informationen direkt untereinander austauschen können, während gleichzeitig eine Kopie dieser Informationen im EPD der Patientin oder des Patienten abgelegt wird. So können Berichte, Befunde oder Überweisungen mit dem Einverständnis der Patientin oder des Patienten direkt aus dem Primärsystem (z.B. Klinikinformationssystem) mit anderen an der Behandlung beteiligten Gesundheitsfachpersonen digital ausgetauscht werden.[42]

  Soll die Nutzung der EPD-Infrastruktur auch für interoperable Zusatzdienste ermöglicht werden, dann sind die Rahmenbedingungen derart auszugestalten, dass es zu keiner Beeinträchtigung von Datenschutz und Datensicherheit führt.

  Damit die Digitalisierung im Gesundheitswesen gefördert werden kann, ist es wichtig, dass bei den Zusatzdiensten eine schweizweite (später auch internationale) Vernetzung erreicht wird und keine digitalen Grenzen zwischen den (Stamm-)Gemeinschaften entstehen. Daher soll die EPD-Infrastruktur nur für technisch und semantisch interoperable Zusatzdienste geöffnet werden.

- **Finanzierung**: Die Koordination der rechtlichen Abklärungen und der Arbeiten zur technische-semantischen Interoperabilität erfolgt durch eHealth Suisse im Rahmen der bestehenden Aufgaben und den damit bereitgestellten finanziellen Mitteln.

- **Herausforderung**: Die klare Trennung zwischen dem sogenannten EPD-Vertrauensraum und Zusatzdiensten, die über den Vertrauensraum hinausgehen, ist bezüglich Einhaltung aller Datenschutz-Auflagen anspruchsvoll. Die Regelung der Zusatzdienste muss in die verfassungsrechtliche Zuständigkeit des Bundes fallen (bspw. Krankenversicherungsrecht) und mit der Wirtschaftsfreiheit vereinbar sein.

- **Nutzen**: Mit dieser Massnahme können zusätzliche Kosten für den Aufbau einer parallel betriebenen Infrastruktur vermieden werden und die Entwicklung von Zusatzdiensten würde massgeblich erleichtert. Zudem können die (Stamm-)Gemeinschaften die Einnahmen aus kostenpflichtigen Zusatzdiensten zumindest teilweise für die Finanzierung ihres Betriebs einsetzen.

- **Gesetzesgrundlage und -anpassung**: Für jeden Zusatzdienst ist einzeln zu prüfen, ob dafür die EPD-Infrastruktur verwendet werden darf. Im EPDG könnte eine Grundsatznorm aufgenommen werden, wonach die Verwendung der Infrastruktur für Zusatzdienste möglich ist, soweit eine formell-gesetzliche Grundlage (Stufe Bund oder Kantone) dies vorsieht (analog Art. 6 EPDG betr. die Verwendung der Patientenidentifikationsnummer ausserhalb des EPD). Zusatzdienste in der Regelungskompetenz des Bundes kann dieser selber regeln.

[41] Alle Gemeinschaften und Stammgemeinschaften gehören zum sogenannten «EPD-Vertrauensraum». Die Daten, Dokumente und Informationen, die sich innerhalb dieses Vertrauensraums befinden, werden als besonders schützenswert behandelt.
[42] eHealth Suisse (2019b).

- **Beurteilung der Massnahme**: Für die (Stamm-)Gemeinschaften fallen hohe Kosten an, wenn sie für Zusatzdienste eine parallele Infrastruktur aufbauen müssen. Daher geht der Bundesrat davon aus, dass die (Stamm-)Gemeinschaften angesichts ihrer finanziellen Lage auf entsprechende Weiterentwicklungen verzichten würden. Mit der Vermarktung von Zusatzdiensten können die (Stamm-)Gemeinschaften jedoch Einnahmen generieren, die eine Verbesserung ihrer finanziellen Situation ermöglichen. Aus diesem Grund soll die Nutzung der technischen EPD-Infrastruktur für interoperable Zusatzdienste gesetzlich zugelassen werden. Zudem fördert die Umsetzung dieser Massnahme aus Sicht des Bundesrates insgesamt die Digitalisierung des Gesundheitswesens und soll daher weiterverfolgt werden.

M-10: Das **Zertifizierungsverfahren** wird mit einer **staatlichen Anerkennung** ersetzt. [N-21]	Bund

- **Handlungsbedarf**: Der unerwartet hohe Aufwand im Zertifizierungsverfahren hat für die (Stamm-)Gemeinschaften zu hohen Kosten geführt. Es werden weiterhin Kosten für die jährlichen Wiederholungsprüfungen und für die alle drei Jahre fällige Re-Zertifizierung anfallen, welche die (Stamm-)Gemeinschaften als Betriebskosten zu finanzieren haben. Neben den periodischen Prüfungen werden die Anpassungen aufgrund von Weiterentwicklungen im EPD zu zusätzlichen Prüfungen und damit auch zu Mehrkosten führen. Der Umfang der Prüfung wird weitgehend von den Zertifizierungsstellen definiert.
- **Umsetzung**: Mit einer staatlichen Anerkennung definiert der Bund anstelle der Zertifizierungsstelle den Umfang der Prüfungen (Prüftiefe) und steuert den Prozess. Der Bund nimmt bereits heute in seiner Rolle als sogenannter Schemaeigner einen gewissen Einfluss auf die Prüftiefe im Rahmen der Zertifizierungsverfahren. Bei der staatlichen Anerkennung kann der Bund eine aktivere Rolle ausüben, was idealerweise zu Vereinfachungen im Prüfverfahren und damit zu einer Reduktion des Aufwands führen soll. Da der Bund bei einer staatlichen Anerkennung die Überprüfung der rechtlichen Vorgaben selber wahrnimmt, kann er auch deren Finanzierung regeln.
- **Finanzierung**: Der Bund würde im Rahmen des Anerkennungsverfahrens einzelne Prüfpunkte mittels externen Mandaten prüfen lassen. Die (Stamm-)Gemeinschaften würden die Kosten dem Bund über Gebühren erstatten.
- **Herausforderung**: Der Bund würde damit mehr Verantwortung übernehmen, was mit entsprechenden Risiken verbunden ist (z.B. Staatshaftungsklagen). Die Frage der Haftung des Bundes als prüfende Behörde müsste im EPDG geregelt werden. In Analogie zum Bundesgesetz über elektronische Identifizierungsdienste (BGEID)[43] wäre beispielsweise denkbar, dass sich die Haftung der privaten Akteure nach dem Obligationenrecht richtet, diejenige der Anerkennungsstelle nach dem Verantwortlichkeitsgesetz des Bundes.
- **Nutzen**: Der Bund übernimmt mit dem Anerkennungsverfahren eine Vollzugsaufgabe, was ihm erlauben würde, die Kostentragung dieser Aufgabe zu regeln. Es bleibt abzuklären, welchen Einfluss auf den Aufwand der (Stamm-)Gemeinschaften die Einführung eines Anerkennungsverfahrens im Vergleich zum Zertifizierungsverfahren hat.
- **Gesetzesgrundlage und -anpassung**: Der Bund ersetzt im EPDG das Zertifizierungsverfahren mit einer staatlichen Anerkennung**.** Einfluss auf den Umfang und Inhalt des Zertifizierungsverfahren könnte der Bund auch über eine Anpassung des Ausführungsrechts zum EPDG nehmen.
- **Beurteilung der Massnahme**: Durch eine staatliche Anerkennung hat der Bund die Möglichkeit, den Umfang der Prüfung der (Stamm-)Gemeinschaften zu beeinflussen, welcher in der Einführungsphase zu hohen Kosten geführt hat. Kosteneinsparungen wären jedoch nur zu erwarten, wenn die staatliche Anerkennung auch mit einer Reduktion des Aufwands einhergehen würde. Zur

[43] In der Abstimmung vom 7. März 2021 vom Volk abgelehnt.

Sicherstellung von Datenschutz und Datensicherheit lassen sich der Umfang und die Tiefe der Prüfung der rechtlichen Vorgaben nicht beliebig reduzieren. Daher ist unklar, ob eine massgebliche Kostenreduktion zu erwarten wäre. Ebenfalls würde der Bund neu die Verantwortung für die Prüfung der (Stamm-)Gemeinschaften übernehmen und hiermit auch die Haftungsrisiken tragen.

Der wesentliche Vorteil der Einführung eines Anerkennungsverfahrens würde somit darin liegen, dass der Bund aktiv in den Prüfprozess eingebunden ist und eine Vollzugsaufgabe wahrnimmt. Aus Sicht des Bundesrates ist diese Massnahme vertieft zu prüfen, wobei insbesondere zu berücksichtigen ist, ob der erwartete Nutzen einen Wechsel des Prüfverfahrens rechtfertigt.

5 Fazit aus Sicht des Bundesrates

5.1 Einführung des EPD als grosse Herausforderung

Das EPDG wurde aufgrund der beschränkten Bundeskompetenz im Gesundheitswesen als Rahmengesetz ausgestaltet. Grundidee war und ist es, dass die Einführung des EPD im Kontext der Gesundheitsversorgung durch den Bund (Finanzhilfen für den Aufbau der Stammgemeinschaften und Gemeinschaften) und die Kantone (Unterstützung im Betrieb) gemeinsam vorangetrieben wird. Es galt, die Vorgaben betreffend Datensicherheit (dezentrale Datenhaltung) sowie der regionalen Unterschiede in den Gesundheitsversorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Basierend auf diesen Vorgaben entstand das Konzept der dezentralen (Stamm-)Gemeinschaften, wobei die Einhaltung der rechtlichen Vorgaben mittels einem Zertifizierungsverfahren zu überprüfen sind.

Die Einführung des EPD gestaltet sich aufgrund dieser Rahmenbedingungen als ein komplexes Zusammenspiel von rechtlichen, organisatorischen und technischen Voraussetzung und zahlreichen Akteuren. Neben den dezentralen (Stamm-)Gemeinschaften sind dies die Entwickler der technischen Plattformen, die Zertifizierungsstellen, die Akkreditierungsstelle und die Anbieter von elektronischen Identifikationsmitteln. Die technische (und organisatorische) Architektur des EPD wurde aus Datensicherheitsüberlegungen dezentral angelegt. Daraus resultiert ein erhöhter Koordinations- und Abstimmungsbedarf. Um diesen gewährleisten zu können, haben Bund und Kantone bereits im Jahr 2008 die Kompetenz- und Koordinationsstelle eHealth Suisse geschaffen.

Die damit einhergehenden Anforderungen an die Akteure zur Klärung von Prozessen und Herbeiführen von Entscheiden wie auch die unerwarteten Herausforderungen in der Umsetzung der Zertifizierung führten zu Verzögerungen. Das EPD konnte nicht wie geplant per April 2020 eingeführt werden. Im Dezember 2020 wurden die ersten beiden Stammgemeinschaften eHealth Aargau (emedo) und Südost (eSANITA) zertifiziert, gefolgt von CARA und der Stammgemeinschaft des elektronischen Patientendossiers Neuenburg (Mon Dossier Santé) im April 2021. Das EPD wird im Verlauf des Jahres 2021 schrittweise flächendeckend eingeführt. Weitere (Stamm-)Gemeinschaften schliessen im Verlauf des Jahres die Zertifizierungsverfahren ab.[44] Die Stammgemeinschaft eHealth Aargau (emedo) hat als erste Stammgemeinschaft den Betrieb aufgenommen und bietet der Aargauer Bevölkerung seit dem 3. Mai 2021 die Möglichkeit, ein EPD zu eröffnen. Bei der Stammgemeinschaft CARA kann seit dem 31. Mai 2021 ein EPD eröffnet werden.

Schon früh hat sich gezeigt, dass bestimmte Weiterentwicklungen notwendig sein werden, um den Nutzen des EPD für alle Beteiligten zu erhöhen. In seiner aktuellen Form kann das EPD das Potenzial der Digitalisierung nicht vollständig ausschöpfen. Der Bundesrat hat in der Folge das Postulat Wehrli 18.4328 zur Annahme empfohlen, damit frühzeitig die entsprechenden Massnahmen ergriffen werden.

5.2 Massnahmen zur Verbreitung des EPD

Für die Beantwortung des Postulates Wehrli 18.4328 wurde eine breite Auslegeordnung an Massnahmen erstellt und deren Effekt auf die Einführung und Verbreitung des EPD geprüft. Ziel der Massnahmen, die im vorliegenden Bericht zur Umsetzung empfohlen werden, ist die Verbreitung und Nutzung des EPD gezielt zu fördern. Das EPD muss sowohl von der Bevölkerung als auch von den Gesundheitsfachpersonen effektiv genutzt werden, damit es seine gesundheitspolitischen Ziele erreichen kann: Verbesserung der medizinischen Behandlung und der Behandlungsprozesse, Erhöhung der Patientensicherheit, Steigerung der Effizienz des Gesundheitssystems sowie Förderung der Gesundheitskompetenz und informationellen Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten durch die Ermöglichung des Zugangs zu den eigenen Gesundheitsdaten.

[44] abilis AG, XAD-Stammgemeinschaft (xsana), Stammgemeinschaft e-Health Ticino, Stammgemeinschaft Region Ost, Stammgemeinschaft Region Zentral, AD Swiss.

Bereits getroffene und geplante Massnahmen zur Verbreitung des EPD

Erste Massnahmen, die zur Verbreitung des EPD beitragen, werden bereits umgesetzt oder sind in Planung. Dabei handelt es sich insbesondere um Massnahmen zur Information und Befähigung der Bevölkerung und der Gesundheitsfachpersonen. Beispielsweise sollen mit einer nationalen EPD-Kampagne die Bevölkerung und die Gesundheitsfachpersonen unter anderem für den Nutzen des EPD sensibilisiert werden. Weil Multiplikatoren (Patientenorganisationen, Gesundheitsligen und anderer Non-Profit-Organisationen im Gesundheitswesen) einen guten Zugang zu Patientinnen und Patienten haben, sollen deren Mitarbeitende im Umgang mit dem EPD geschult werden, damit sie ihr Klientel über das EPD informieren und beraten können. Diese Stossrichtung soll mit der Umsetzung weiterer Massnahmen (M-2 und M-4) intensiviert werden.

Andere Massnahmen dienen dazu, die Benutzerfreundlichkeit und Funktionalität des EPD zu verbessern (z.B. die Festlegung verbindlicher Austauschformate für den strukturierten Datenaustausch). Zudem soll mit einem Selbstdeklarationsprozess für «EPD-anschlussfähige» Primärsysteme für die Gesundheitsfachpersonen mehr Markttransparenz geschaffen und dadurch die tiefe Integration der Primärsysteme gefördert werden. Hier gilt es die bereits getroffenen und geplanten Massnahmen konsequent weiter voranzutreiben.

Weitere Massnahmen zu Verbreitung des EPD

Andere Massnahmen sollen nun angestossen werden. Von den 22 Massnahmen, die im Grundlagenbericht beschrieben und beurteilt worden sind, wurden nach vertiefter Analyse 10 Massnahmen identifiziert, welche weiterverfolgt werden sollen. Sie tragen dazu bei, die Grundvoraussetzungen für ein erfolgreiches EPD zu optimieren und verschiedene Herausforderungen zu bewältigen. Die Regelung einiger Massnahmen fällt in die Kompetenz des Bundes, für deren Umsetzung erst die Grundlage im EPDG geschaffen werden muss. Die weiteren Massnahmen werden den Kantonen und anderen Akteuren zur Umsetzung empfohlen.

Massnahmen des Bundes

Mit Annahme der Motion 19.3955 «Ein elektronisches Patientendossier für alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen» der SGK-N hat das Parlament den Bundesrat bereits damit beauftragt, die gesetzlichen Rahmenbedingungen auszuarbeiten, damit auch ambulante Leistungserbringer bzw. Gesundheitsfachpersonen dazu verpflichtet werden, sich einer zertifizierten (Stamm-)Gemeinschaft anzuschliessen (M-1).

Massnahmen, mit denen die Nutzung der technischen EPD-Infrastruktur für interoperable Zusatzdienste (z.B. eZuweisung) ermöglicht (M-9) und eine zentrale Ablage für dynamische Daten (z.B. eMedikation) geschaffen wird (M-8), tragen zur Weiterentwicklung des EPD bei und erhöhen dessen Funktionalität und den Nutzen für die Gesundheitsfachpersonen. Zudem soll weiter geprüft werden, ob das Zertifizierungsverfahren durch eine staatliche Anerkennung ersetzt werden kann und welche Auswirkungen damit einhergehen würden (M-10).

Massnahmen verschiedener Akteure

Mehrere Massnahmen dienen dazu, die Bevölkerung und die Gesundheitsfachpersonen für die Nutzung des EPD zu sensibilisieren und zu befähigen. Mit regionalen Kampagnen sollen die Kantone den Nutzen des EPD aufzeigen und der Bevölkerung spezifische Informationen zum EPD in ihrem Hoheitsgebiet (z.B. Zugangsmöglichkeiten) vermitteln (M-2). Da den Multiplikatoren die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen fehlen, um zusätzlich zu ihrem Kerngeschäft Beratungen zum EPD anzubieten, wird den Kantonen empfohlen, ihre bestehenden Leistungsvereinbarungen mit den Multiplikatoren um das Thema «Beratung und Information zum EPD» zu erweitern (M-3). Den Aus-

und Weiterbildungsinstitutionen wird empfohlen, Lehrsequenzen zum EPD in ihre Lernziele und Ausbildungscurricula zu integrieren und Module zur Digitalisierung im Gesundheitswesen anzubieten, in denen auch das EPD Bestandteil ist (M-4).

Die Eröffnung eines EPD soll durch die Umsetzung verschiedener Massnahmen erleichtert werden. Die Stammgemeinschaften sollen mit Unterstützung der Kantone sicherstellen, dass in ihrem Einzugsgebiet ein breites und niederschwelliges Angebot an EPD-Eröffnungsstellen angeboten wird (M-7). Die Eröffnung eines EPD kann dadurch erleichtert werden, dass der Prozess zur Eröffnung eines EPD mit dem Prozess zum Bezug der elektronischen Identität zusammengelegt wird (M-5). Damit auch online auf einfachem Weg ein EPD eröffnet werden kann, soll als Ergänzung zur qualifizierten elektronischen Signatur die Prüfung der Identität auch per Videoidentifikationsverfahren möglich sein (M-6).

5.3 Verbleibende Herausforderungen

Mit vorliegendem Bericht können nicht alle Fragen abschliessend geklärt werden. Der Bericht zeigt auf, dass das EPD mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert ist, die nicht allein mit der Umsetzung der empfohlenen Massnahmen zu bewältigen sind.

Nachhaltige Betriebsfinanzierung: Die Sicherstellung einer langfristigen Finanzierung stellt für die (Stamm-)Gemeinschaften eine grosse Herausforderung dar. Das EPDG wurde unter der Annahme ausgearbeitet, dass (Stamm-)Gemeinschaften ihre Betriebskosten beispielsweise mit kostenpflichtigen Dienstleistungen ausserhalb des EPD selber finanzieren können (z.B. mit einem Tool zur Terminvereinbarung mit Gesundheitseinrichtungen, die bei der Stammgemeinschaft angeschlossen sind). Zusatzdienste ausserhalb des EPD haben sich bisher jedoch nicht etabliert, da diese nicht auf die Infrastruktur des EPD zugreifen dürfen und der Aufbau der notwendigen Infrastruktur mit weiteren Kosten verbunden ist. Hinzu kommt, dass die finanziellen und personellen Aufwände für die Zertifizierung unterschätzt und die Kosten für die Herausgabe der Identifikationsmittel an die Patientinnen und Patienten nicht einkalkuliert wurden.

Aufgrund der verzögerten Betriebsaufnahme fehlen den (Stamm-)Gemeinschaften zurzeit auch die Einnahmen aus den Mitgliederbeiträgen und einige (Stamm-)Gemeinschaften haben die Kosten für konkrete Weiterentwicklungen des EPD nicht einkalkuliert. Die nicht sichergestellte Betriebsfinanzierung gefährdet das EPD als Ganzes.

Begrenzte Handlungsfähigkeit des Bundes: Gemäss Bundesverfassung ist das Gesundheitssystem der Schweiz föderal organisiert. Da nach geltender Kompetenz- und Aufgabenverteilung im Gesundheitsbereich die Kantone für die Sicherstellung und damit die Organisation der Gesundheitsversorgung zuständig sind, fällt die Verantwortung für den Aufbau wie auch später den Betrieb von (Stamm-)Gemeinschaften grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich der Kantone.[45] Das EPDG ist daher als Rahmengesetz ausgestaltet worden. Es regelt vor allem die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die Bearbeitung der Daten des EPD. Aufgrund der dezentralen Umsetzung kommt dem Bund kein gesetzliches Durchsetzungsrecht zu. Mangels umfassender Bundeskompetenz sind die Regelungsmöglichkeiten des Bundes beschränkt, was auch die Übernahme oder Zuweisung von Finanzierungsaufgaben betrifft. Der Bund kann die Einführung des EPD lediglich über befristete Finanzhilfen unterstützen, wie er es mit den Finanzhilfen für den Aufbau der (Stamm-)Gemeinschaften gemacht hat. Es liegt aber nicht in seiner verfassungsrechtlichen Kompetenz, den Betrieb der (Stamm-)Gemeinschaften zu finanzieren.[46]

Unterschiedliches Rollenverständnis: Das EPDG enthält keine Vollzugsaufgaben für die Kantone. Dies wird von den Kantonen verschiedentlich kritisiert und als Grund aufgeführt, wieso keine weitreichendere Unterstützung der (Stamm-)Gemeinschaften erfolgt. Die Rolle der Kantone hinsichtlich des

[45] Botschaft zum EPDG, BBl 2013 5321, S. 5411.
[46] Botschaft zum EPDG, BBl 2013 5321, S. 5403.

Aufbaus und Betriebs begründet sich zu grossen Teilen jedoch in der geltender Kompetenz- und Aufgabenverteilung im Gesundheitsbereich. Der Bund kann den Kantonen mangels verfassungsrechtlicher Zuständigkeit keine Vollzugsaufgaben zuweisen und sie folglich bei der Sicherstellung der Betriebsfinanzierung nicht in die Pflicht nehmen.

Auch wenn aus dem EPDG und dem Ausführungsrecht keine verpflichtenden Aufgaben für die Kantone resultieren, sind sie trotzdem für die Organisation der Gesundheitsversorgung und damit auch für den Zugang ihrer Bevölkerung zum EPD zuständig. Bereits in der Botschaft zum EPDG ist die Erwartung an die Rolle der Kantone thematisiert worden.[47] Die GDK hat an ihrer Vorstandssitzung vom 19. November 2015 entschieden, dass die Kantone die Einführung des EPD insbesondere dadurch unterstützen, dass sie den Aufbau und gegebenenfalls auch den Betrieb der (Stamm-)Gemeinschaften in ihren Versorgungsregionen unterstützen. In der von Bund und Kantonen gemeinsam erarbeiteten «Strategie eHealth Schweiz 2.0» wurde zudem festgelegt, dass Bund und Kantone die Einführung, Verbreitung und Weiterentwicklung des EPD aktiv begleiten.[48] Die Kantone beteiligen sich beispielsweise an regionalen Informationskampagnen zur Einführung des EPD (Massnahme C1.2) und binden relevante Multiplikatoren (z.B. Patientenorganisationen, Gesundheitsfachpersonen) in die Arbeiten zum EPD ein (Massnahme C2.3). Die Kantone sind zudem im Steuerungsausschuss und im Programmausschuss von eHealth Suisse vertreten und das EPD war regelmässig Gegenstand der Diskussionen im Dialog Nationale Gesundheitspolitik. Gemäss Beschluss des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik sollen die Kommunikationsaktivitäten zur Einführung des EPD auf nationaler und kantonaler Ebene koordiniert werden.[49]

Dezentrale Umsetzung: Im föderal organisierten Gesundheitssystem der Schweiz war eine zentral gesteuerte Einführung des EPD nicht möglich. Bei der Ausarbeitung des EPDG stand daher vielmehr die Förderung dezentraler, regionaler und strategiekonformer Projekte und deren Vernetzung im Zentrum.[50] Dadurch sollte eine flexible und bedürfnisgerechte Entwicklung des Systems EPD ermöglicht werden. Als der Bundesrat im Jahr 2013 die Botschaft zum EPDG an die eidgenössischen Räte überwiesen hat, ging man davon aus, dass mittelfristig 20-40 Gemeinschaften oder Stammgemeinschaften aufgebaut werden dürften.[51] Anfangs 2018 wurden 13 Projekte zur Gründung einer (Stamm-)Gemeinschaft vorangetrieben.[52] Diese Tendenz zu grösseren, kantonsübergreifenden (Stamm-)Gemeinschaften hat sich weiter fortgesetzt, nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass die Umsetzung des EPD komplexer ist als angenommen wurde und kleinräumige Umsetzungsprojekte mit (zu) hohen Fixkosten konfrontiert sind.

Es bestehen unterschiedliche Ansichten darüber, ob eine weitere Reduktion der Anzahl (Stamm-)Gemeinschaften wünschenswert ist, um Ressourcen zu bündeln und durch grosse Einzugsgebiete Kosten zu reduzieren, oder ob eine vielfältige Angebotslandschaft im Hinblick auf eine (gesunde) Konkurrenzsituation zielführend ist.[53] Aus Sicht des Datenschutzes ist eine verteilte Datenhaltung zu bevorzugen, da damit das Risiko eines Datenmissbrauchs reduziert werden kann, aber eine solche Lösung bringt auch einen erhöhten Koordinations- und Abstimmungsbedarf zwischen den verschiedenen Akteuren mit sich.

5.4 Weiteres Vorgehen

Im Rahmen der Erfüllung des Postulates Wehrli 18.4328 wurde eine Vielzahl an Massnahmen analysiert, die zur Verbreitung des EPD beitragen können. Es wurden diejenigen Massnahmen zur Weiterverfolgung und weiteren Prüfung ausgewählt, mit welchen die Weiterentwicklung des EPD sowie dessen Verbreitung und Nutzung aus Sicht des Bundesrates effektiv vorangetrieben werden können. Für

[47] Botschaft EPDG, BBl 2013 5321, Seiten 5343, 5345, 5394, 5398 und 5411.
[48] eHealth Suisse, Schweizerische Eidgenossenschaft und Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2018), S. 19.
[49] eHealth Suisse (2020).
[50] Botschaft EPDG, BBl 2013 5321, S. 5331.
[51] Botschaft EPDG, BBl 2013 5321, S. 5337.
[52] Jörg, Ettlin und Wetz (2018), S. 13.
[53] Ettlin und Wetz (2019), S. 40.

die Umsetzung einiger Massnahmen muss erst eine Grundlage im EPDG bzw. auf Verordnungsstufe geschaffen werden, andere Massnahmen lassen sich gestützt auf die geltende Rechtslage umsetzen.

Daher plant der Bundesrat ein zweigleisiges Vorgehen:

Zunächst sollen jene Massnahme, für die das EPDG eine ausreichende Rechtsgrundlage darstellt, rasch umgesetzt werden. Die betroffenen Massnahmen, welche alle nicht in der Kompetenz des Bundes liegen, sollen durch den Dialog mit den zuständigen Akteuren angegangen werden.

Neben den Massnahmen zur Beschleunigung der Einführung und zur Förderung der allgemeinen Verwendung sind angesichts der dargelegten Herausforderungen weitere Fragen zu klären, die für den langfristigen Erfolg des EPD entscheidend sind. Dazu gehört die klare Aufgaben- und Kompetenzregelung, aber vor allem auch eine nachhaltige Betriebsfinanzierung. Diese Aspekte konnten mit dem Postulatsbericht Wehrli 18.4328 nicht abschliessend beantwortet werden. Der Bundesrat hat daher entschieden, die Struktur des EPDG grundlegend zu überprüfen. Im Rahmen dieser Prüfung soll zudem eine allfällige Zentralisierung des EPD evaluiert werden. Der Bundesrat wird bis Februar 2022 über das weitere Vorgehen entscheiden. Über die Umsetzung der Massnahmen, welche rechtliche Anpassungen erfordern, soll erst in diesem Rahmen abschliessend entschieden werden.

Literaturverzeichnis

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), und Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2020): Massnahmenplan 2021 – 2024 zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017 – 2024. Online verfügbar unter: www.bag.admin.ch/ncd

Ecoplan (2021): Massnahmen zur Verbreitung des elektronischen Patientendossiers – Grundlagenbericht zum Postulat Wehrli 18.4328. Schlussbericht vom 01.02.2021.

eHealth Suisse (2017): mobile Health (mHealth) Empfehlung I. Ausgangslage und erste Schritte. Online verfügbar unter: https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2017/D/170316_mHealth_Empfehlungen_I_d.pdf

eHealth Suisse (2019)a: Umsetzungshilfe «Behandlungsrelevante Informationen» vom 18. September 2019.

eHealth Suisse (2019)b: Interoperable Zusatzdienste von (Stamm-)Gemeinschaften. Empfehlungen für die gerichtete Kommunikation. Verabschiedet vom Steuerungsausschuss Bern, 20. November 2019.

eHealth Suisse (2020): Umsetzungshilfe «Rollen und Zuständigkeiten in der Kommunikation zur Einführung des EPD» vom 26. Februar 2020.

eHealth Suisse, Schweizerische Eidgenossenschaft und Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (2018). Strategie eHealth Schweiz 2.0 2018-2022. Online verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-ehealth-schweiz.html

Eidgenössische Finanzkontrolle (2020): Prüfung der Einführung des elektronischen Patientendossiers. Bundesamt für Gesundheit. Bericht (EFK-19265 inkl. Stellungnahme) vom 24. Februar 2020.

Ettlin, Ricarda; und Wetz, Samuel (2019): Formative Evaluation der Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG): Arbeitsbericht Phase 2.
Online verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-gesundheitsversorgung.html

gfs.bern (2021)a: Swiss eHealth Barometer 2021. Bericht zur Befragung der Gesundheitsfachpersonen und Akteure des Gesundheitswesens.

gfs.bern (2021)b: Swiss eHealth Barometer 2021. Bericht zur Bevölkerungsbefragung.

Jörg, Reto; Ettlin, Ricarda; und Wetz, Samuel (2018). Formative Evaluation der Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG): Arbeitsbericht Phase 1.
Online verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-gesundheitsversorgung.html

Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2020): Sichere Medikation an Schnittstellen.
Online verfügbar unter: https://www.patientensicherheit.ch/programme-progress/sichere-medikation-an-schnittstellen/

Wetz, Samuel; und Ettlin, Ricarda (2021): Formative Evaluation der Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG). Statusbericht Verein eSANITA / Stammgemeinschaft Südost zu Beginn des operativen Betriebs.
Online verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-gesundheitsversorgung.html

Wetz, Samuel; und Ettlin, Ricarda (2021): Formative Evaluation der Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG). Statusbericht Verein Stammgemeinschaft eHealth Aargau zu Beginn des operativen Betriebs.
Online verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-gesundheitsversorgung.html

Anhang 1: Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BGEID	Bundesgesetz über elektronische Identifizierungsdienste
CPI	Community Portal Index
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
eID	Elektronische Identität
EPD	Elektronisches Patientendossier
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
EPDV	Verordnung über das elektronische Patientendossier
EPDV-EDI	Verordnung des Eidgenössischen Departement des Innern über das elektronische Patientendossier
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren
GS-EDI	Generalsekretariat des Eidgenössischen Departement des Innern
HMO	Health Maintenance Organization
HPD	Health Provider Directory
IDM	Identifikationsmittel (für die eID)
IdP	Identity Provider
IT	Information Technology
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MDI	Metadatenindex
mHealth	Mobile Health
OID	Objekt-Identifikatoren
PIS	Praxis-Informationssystem
QES	Qualifizierte elektronische Signatur
SAS	Schweizerische Akkreditierungsstelle
SGK-N	Nationalrätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
ZAD	Zentrale Abfragedienste
ZAS	Zentrale Ausgleichsstelle

Anhang 2: Glossar

Die Definitionen stammen aus dem Glossar von eHealth Suisse.

Austauschformat	Austauschformate ermöglichen ohne spezielle Absprachen (automatisch) den einfachen Datenaustausch zwischen verschiedenen IT-Systemen der Akteure (Maschine-Maschine-Kommunikation). In der Spezifikation des Austauschformates sind die technischen und semantischen Standards definiert, die für den einheitlichen Informationsaustausch notwendig sind.
Authentifizierung	Authentifizierung ist synonym zu Authentisierung. 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 Password (Wissen).
Behandlung	Sämtliche Tätigkeiten einer Gesundheitsfachperson, die der Heilung oder Pflege einer Patientin oder eines Patienten oder der Vorbeugung, Früherkennung, Diagnostik oder Linderung einer Krankheit dienen.
Behandlungsrelevante Daten	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.
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	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.
Dezentrale Datenhaltung	Prinzip der verteilten Datenhaltung (vs. zentrale Datenhaltung), d.h. an jener Stelle, an welcher die Daten produziert wurden, werden diese auch gespeichert. Im Gegensatz dazu wird bei der zentralen Datenhaltung an einem Ort alle Information gespeichert. Das EPD folgt dem Prinzip der dezentralen Datenhaltung, d.h. es wird keine grosse zentrale Datenbank geben, in der alle Patientendaten abgespeichert sind.
Digitale Signatur	Die digitale Signatur ist eine an Dateneinheiten angehängte Datei oder kryptographische Transformation, die es dem Empfänger ermöglicht, die Authentizität (sichere Zuordnung zum Sender) und die Integrität (Unveränderthеit und Korrektheit) der Dateneinheit festzustellen, und die Daten gegen Fälschen zu sichern.
Doppelte Freiwilligkeit	Mit der «Doppelten Freiwilligkeit» wird auf eine Regelung im Entwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier gemäss der

	Fassung vom 29. Mai 2013 verwiesen. Die «Doppelte Freiwilligkeit» besagt, dass das Eröffnen und das Führen eines elektronischen Patientendossiers sowohl für den Patienten als auch für die ambulanten Leistungserbringer freiwillig sind. Bei beiden Personengruppen gilt das «opt-in»-Prinzip.
Dynamische Daten	Dynamische Daten sind Daten, die sich über die Zeit hinweg verändern (z.B. Medikationsplan, Impfstatus). Im Gegensatz dazu verändern sich statische Daten, die beispielsweise in einem Austritts- oder Operationsbericht enthalten sind, nicht mehr.
eGovernment	eGovernment ist der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) für die Bereitstellung von Information der Behörden und zur Gestaltung und Unterstützung der Prozesse innerhalb der Behörden sowie zwischen Behörden und ihren Zielgruppen. eGovernment ist ein Instrument zur Transformation und Modernisierung der Verwaltung.
eHealth	Unter eHealth oder elektronischen Gesundheitsdiensten wird der integrierte Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Akteure im Gesundheitswesen verstanden.
Elektronische Identität (eID)	Wird auch als 'digitale Identität' bezeichnet und meint jede mögliche Form von technisch abgebildeten Daten, die zu einer Person gehören. Das sind im allgemeinen Attribute, die eine Person gemäss einem bestimmten Sicherheitsniveau in einem elektronischen Geschäftsumfeld identifizieren. Oft werden diese Attribute bzw. digitalen Identitäten physikalisch auf einem Medium gespeichert, z.B. Smartcard oder Smartphone oder USB-Stick. Mithilfe der elektronischen Identität können digitale Prozesse abgesichert werden, z.B. digitale Unterschrift.
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 Patientinnen und Patienten 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.
eMedikation	Abbildung von Medikationsprozessen mithilfe digitaler Hilfsmittel, z.B. Erstellen eine elektronischen Rezeptes, welches in der Apotheke eingelöst wird oder Abruf der aktuellen elektronischen Medikamentenliste des Patienten, damit Medikationsfehler vermeidet werden.
Gemeinschaft	Zusammenschluss von Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen. Gemeinschaften müssen u.a. sicherstellen, dass Daten über das elektronische Patientendossier jederzeit für Patientinnen und Patienten 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.

Gesundheitsfachperson	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.
Identifikationsmittel (IDM)	Die Identifikationsmittel erlauben es den menschlichen Trägern, ihre (elektronische) Identität nachzuweisen. Es kann sich dabei beispielsweise um eine Smartcard (Versichertenkarte), einen USB-Key (Suisse-ID) oder ein Mobiltelefon handeln. Mit Identifikationsmittel sind Produkte, Dienste und Verfahren gemeint, die einer Person zur Verfügung stehen, um gegenüber einem elektronischen Dienst die Echtheit der Identität mit einem definierten Sicherheitsniveau zu beweisen.
Identifikator	Ein Identifikator ist ein eindeutiges künstliches Merkmal oder Attribut, das zur Identifizierung eines Objektes dient. Identifikatoren bestehen in der Regel aus Codes und Nummern. Auch Menschen können einen Identifikator erhalten (Personenidentifikator).
Informationelles Selbstbestimmungsrecht	Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung bezeichnet das Recht des Einzelnen, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner personenbezogenen Daten zu bestimmen. Es handelt sich dabei um ein Datenschutz-Grundrecht. Das informationelle Selbstbestimmungsrecht ist eine Ausprägung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts.
Informierte Einwilligung	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 (*informed consent*).
Interoperabilität	Interoperabilität ist die Fähigkeit unabhängiger, heterogener Informatiksysteme möglichst nahtlos zusammen zu arbeiten, um Informationen auf effiziente und verwertbare Art und Weise auszutauschen bzw. dem Benutzer zur Verfügung zu stellen, ohne dass dazu gesonderte Absprachen zwischen den Systemen notwendig sind. Dazu ist in der Regel die Einhaltung gemeinsamer Standards notwendig. Die Interoperabilität umfasst die folgenden Dimensionen: Politisch, organisatorisch, technisch, syntaktisch und semantisch.
Klinikinformationssystem (KIS)	Im Schweizer Sprachgebrauch bezeichnet das KIS die Gesamtheit aller informationsverarbeitenden Einheiten zur Bearbeitung medizinischer Daten in einer Klinik bzw. in einem Spital.
Leistungserbringer	Leistungserbringer werden alle diejenigen Personengruppen genannt, die (paramedizinische, medizinische, pflegerische) Leistungen für die Versicherten der Krankenkassen (KVG, UVG, IVG, MVG) erbringen.
mHealth	Der Begriff Mobile Health (mHealth) beschreibt medizinische Verfahren sowie Massnahmen der privaten und öffentlichen Gesundheitsfürsorge, die durch Mobilgeräte wie Mobiltelefone, Patientenüberwachungsgeräte, persönliche digitale Assistenten (PDA) und andere drahtlos angebundene Geräte unterstützt werden.
Opt-in Modell (im EPD-Kontext)	Im opt-in Modell muss der potentielle Nutzer eine bewusste Entscheidung zum Mitmachen bzw. Eintritt treffen, ansonsten ist er nicht dabei. Im Gegensatz dazu ist im opt-out Modell jeder von Beginn an dabei und

	muss explizit Austreten falls er nicht dabei sein will. Im Schweizer System des elektronischen Patientendossiers hat man sich auf ein opt-in Modell geeinigt. D.h. ein Patient muss explizit einwilligen ein elektronisches Patientendossier zu führen, mit jederzeitigem Recht auf Widerruf.
Praxisinformationssystem	Ein Praxisinformationssystem ist ein Primärsystem, in dem die interne elektronische Krankengeschichte einer Arztpraxis geführt wird.
Primärsystem	Als Primärsysteme werden die Praxis- und Klinikinformationssysteme bezeichnet, in denen die interne elektronische Krankengeschichte eines Spitals, einer Arztpraxis oder Apotheke oder Therapeuten geführt wird. Diese interne elektronische Krankengeschichte oder -Akte ist die primäre Basis für alle behandlungsrelevanten Entscheidungen. Im Gegensatz dazu wird das elektronische Patientendossier als 'Sekundärsystem' positioniert, welches lediglich als Quelle für weitere medizinische Daten dienen soll.
Sekundärsystem	Das System des EPD dient einerseits dem Patienten als Sammlung seiner wichtigsten medizinischen Daten, auf die er jederzeit Zugriff hat. Andererseits verbessert das EPD den Informationsaustausch zwischen den Gesundheitsfachpersonen. Das EPD ist kein Primärsystem des Behandelnden (zum Beispiel Klinik-Informationssystem oder Arztpraxis-Informationssystem), in dem das interne medizinisches Handeln dokumentiert wird. Das EPD ist ein Sekundärsystem, in dem jene Informationen abgelegt sind, die für die Weiterbehandlung bei anderen Gesundheitsfachpersonen relevant sind.
Semantische Interoperabilität	Semantische Interoperabilität stellt sicher, dass die präzise Bedeutung der ausgetauschten Information verstanden werden kann. Die semantische Interoperabilität bedingt somit die Definition des Kontexts von medizinischen Begriffen, die kommuniziert werden sollen. Bei der alltäglichen Kommunikation sind sich Menschen bewusst, in welchem thematischen Kontext Wörter oder Begriffe verwendet werden. Sie «entschlüsseln» automatisch die gebrauchten Worte richtig, so dass diese eine eindeutige Interpretation zulassen. Als Menschen sind wir uns nicht bewusst, wie stark der kontextuelle Rahmen die Kommunikation beeinflusst. Menschen verfügen in ihrer Kommunikation über eine hohe Fähigkeit, Worte sinngemäss und eindeutig zu interpretieren. Da Maschinen diese Fähigkeit fehlt, wird eine einheitliche Sprache (Codierung) von Begriffen benötigt.
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 Patientinnen und Patienten 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.
(Stamm-)Gemeinschaften	Wenn sowohl Gemeinschaften als auch Stammgemeinschaften gemeint sind, wird die Schreibweise «(Stamm-)Gemeinschaften» verwendet.

Technische Interoperabilität	Die verschiedenen Softwareapplikationen der Akteure im Modellversuch müssen also miteinander verbunden werden, damit Dokumente elektronisch ausgetauscht werden können. Dies kann in verschiedener technischer Tiefe bezüglich Sicherheit, Syntax und definierter Prozesse realisiert sein.
Tiefe Integration[54] (der Primärsysteme)	Eine tiefe Integration liegt dann vor, wenn ein Informationssystem eines Leistungserbringers (kann ein Klinikinformationssystem oder ein vorgelagertes System sein) in den Zertifizierungsanforderungen spezifizierte EPD-Transaktionen aufruft und dadurch Teil des EPD-Vertrauensraums wird. Für tief integrierte Systeme gelten vielfach dieselben Zertifizierungsanforderungen wir für die eigentlichen EPD-Systeme der (Stamm-) Gemeinschaften.
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.
Webportal	Ein Webportal oder online-Portal stellt dem Benutzer per Internet eine Benutzeroberfläche zur Verfügung. Diese wird meistens über einen Internet-Browser dargestellt, kann aber auch in einer eigenen Applikation/Programm laufen. Im Kontext des elektronischen Patientendossiers (EPD) soll über ein online Portal der Benutzer (Patient oder Gesundheitsfachperson) die EPD-Funktionalitäten bedienen können.
Zentrale Abfragedienste	Die zentralen Abfragedienste stellen den (Stamm-)Gemeinschaften notwendige Referenzdaten zur Verfügung, welche von einzelnen IT-Infrastrukurelementen der (Stamm-)Gemeinschaften abgefragt werden können. Die Referenzdaten sind für die Kommunikation zwischen (Stamm-)Gemeinschaften nötig, indem sie zum Beispiel Auskunft darüber geben, welche (Stamm-)Gemeinschaften und Gesundheitsfachpersonen aktuell am EPD teilnehmen. Insbesondere die Information über registrierte Gesundheitsfachpersonen und Gesundheitseinrichtungen ist wichtig für die Patienten, damit sie Zugriffsrechte vergeben oder entziehen können. In den zentralen Abfragediensten werden keine Daten über Patientinnen und Patienten geführt. Die zentralen Abfragedienste sind in der Verantwortung des BAG.
Zugangsportal für Patienten	Internetportal, das Patientinnen und Patienten einen von Ort und Zeit unabhängigen und sicheren Zugriff auf die eigenen Daten ermöglicht. Das Zugangsportal wird von der Stammgemeinschaft des Patienten bereitgestellt. Darüber hinaus kann der Patient über sein Zugangsportal die Zugriffsrechte auf sein elektronisches Patientendossier verwalten.
Zugriffsberechtigung (im 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

[54] Diese Definition stammt aus dem Bericht der Eidgenössische Finanzkontrolle (2020), S. 32.

	sowohl die Zugriffsstufe für die Gesundheitsfachperson und die entsprechende Vertraulichkeitsstufe der angeforderten Dokumente passen.
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 der Patient oder die Patientin Zugriff.
Zusatzdienste	Zusatzdienste beinhalten den Informationsaustausch ausserhalb der EPD-Gesetzgebung zwischen zwei oder mehreren Institutionen, welche Teil einer Gemeinschaft sein können. Die beteiligten Institutionen können auch in verschiedenen Gemeinschaften sein.
Zwei-Faktoren-Authentifizierung	Siehe Authentifizierung.