



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Stellungnahme von H+ zur Vernehmlassung des Vorentwurfs über die umfassende Revision des EPD-Gesetzes (V-EPDG)

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Zusammenfassung	2
Eckwert 1a: EPD als Instrument des KVG	3
Eckwert 1b: Der Bund soll die Kosten für zentrale Komponenten und die Implementierung von durch ihn realisierten Weiterentwicklungen übernehmen.	4
Eckwert 1c: Die Kantone sollen die Finanzierungsverantwortung für den Betrieb mindestens einer Stammgemeinschaft auf ihrem Hoheitsgebiet übernehmen.	6
Eckwert 1d: Die Kantone sollen neu Vollzugsaufgaben erfüllen, namentlich Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten gegenüber Leistungserbringern, die sich einer Stammgemeinschaft anschliessen müssen.	7
Eckwert 1e: Die Kantone sollen neu Vollzugsaufgaben erfüllen, namentlich die Anschlusspflicht weiterer Gesundheitsfachpersonen beschliessen können.	8
Eckwert 2a: Opt-Out-Modell	9
Eckwert 2b: Notfallzugriff auf EPD, welche mit keinem Identifikationsmittel verknüpft sind	12
Eckwert 3: Anschlussverpflichtung für ambulant tätige Gesundheitsfachpersonen	13
Eckwert 4 (aufgegeben): Nutzung der technischen Infrastruktur für Zusatzdienste	15
Eckwert 5: Nutzbarmachung der Daten für die Forschung	16
Eckwert 6: Zentrale Datenbank zur Speicherung von strukturierten Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten	20
Eckwert 7: Identifikationsmittel für den Zugang zum EPD	22
Eckwert 8: Gesundheitsanwendungen	24
Eckwert 9: Neuregelung Abfragedienst (Metadatenindex MDI)	26
Eckwert 10: Auslagerung Aufgaben	27
Eckwert 11: Pilotprojekte	28
Eckwert 12: Vertretung	29
Eckwert 13: Administrative Dokumente der Krankenversicherer	31
Eckwert 14: Zugang für Kantone zum Health Provider Directory (HPD)	32
Weitere Kommentare	33

1.1 Allgemeine Bemerkungen

H+ bedankt sich für die Einladung zur Vernehmlassung.

Die Mitglieder von H+ erhielten die Möglichkeit, zu den einzelnen Eckwerten des Vorentwurfs Stellung zu nehmen. Die Eckwerte wurden aufgrund der vorgeschlagenen Gesetzesänderungen und der entsprechenden Ausführungen im Erläuternden Bericht dargestellt.

Die Vernehmlassung wurde an 314 Personen versendet. Es haben 72 Personen teilgenommen. Die Rücklaufquote beträgt 22.9 Prozent.

Die Eckwerte wurden gemäss Übersicht des Sounding Board des Projektes Revision EPDG von 1 bis 14 nummeriert (Projekt Revision EPDG, Sounding Board Nr. 3, 15. August 2023, Folie 25). Die Eckwerte 1 und 2 wurden zusätzlich unterteilt; siehe unten.

1.2 Zusammenfassung

Zentrale Organisation, Governance-Fragen und Ausfinanzierung des EPD-Systems

Drei Themen, die im Vorentwurf des EPDG weder als vorgeschlagene Gesetzesänderungen enthalten sind noch im Erläuternden Bericht behandelt werden, haben bei zahlreichen H+ Mitgliedern einen prominenten Stellenwert erhalten:

- a) Die Forderung nach einer zentralen Organisation und Finanzierung des EPD-Systems;
- b) Klärung der Governance-Frage insbesondere der Kantone im aktuellen dezentralen EDP-System;
- c) Die Ausfinanzierung des Infrastruktur-Projektes EPD.

Ad a) Die Forderung nach einer zentralen Organisation und Finanzierung des EPD-Systems kommt aus zahlreichen Antworten zu verschiedenen Eckwerten hervor. Die aktuelle dezentrale Organisationsform macht es für die Patienten im Moment aufwendig, ein EPD zu eröffnen und aktuell zu halten. Es würden eine Stammgemeinschaft und ein Infrastruktur-Anbieter bundesweit genügen. Der Anschluss soll einfach, automatisch und kostenlos sein, für Patienten und Leistungserbringer. Die dezentralen Prozesse bei der EPD-Einführung sind extrem kostspielig. Es fehlt an standardisierten Lösungen für den technischen Anschluss. Die Komplexität der EPD-Landschaft ist dadurch unnötig stark gewachsen. Es ist deshalb eine möglichst zentrale Koordination für die Schweiz anzustreben mit nur einer Stammgemeinschaft, einer einheitlichen Finanzierung, einer automatischen Eröffnung bei Geburt. Die zentrale Organisation soll zunehmend auch die Dokumentation von strukturierten Daten ermöglichen. Eine zentrale nationale Plattform würde enorme Kosteneinsparungen ermöglichen (Zertifizierungsvorschriften, Interoperabilität der verschiedenen Stammgemeinschaften sicherstellen usw.).

Ad b) Falls an der dezentralen Organisationsform festgehalten werden soll, ist eine Governance vorzusehen, welche Interessenkonflikte ausschliesst. Die Kantone, die sowohl finanziell als auch personell in den grossen Stammgemeinschaften in der Verantwortung stehen, sollen gemäss Entwurf darüber entscheiden, bei welcher Stammgemeinschaft «seine» Einwohner/innen angemeldet werden. Dies wird im Wesentlichen zu regionalen Monopolsituationen führen, die diskriminierungsanfällig sind. Die Revision des EPDG ist dahingehend zu ergänzen, dass die personelle und finanzielle Entflechtung der Stammgemeinschaften von den Kantonen zwingende Voraussetzung für eine Zertifizierung als Stammgemeinschaft werden muss. Zudem müssen die Einwohner/innen das Recht auf freie Wahl der Stammgemeinschaft erhalten, so wie es bereits für die Personen mit der Möglichkeit einer freiwilligen Eröffnung vorgesehen wird; siehe hierzu auch unter «Weitere Kommentare» am Schluss der Umfrage.

Empfehlung von H+:

Die zentrale Organisation und Finanzierung des EPD wird im Vorentwurf nicht vorgeschlagen. Eine zusätzliche Konsultation zu dieser Frage ist dringend zu empfehlen, damit die interessierten Kreise differenziert Stellung nehmen können. Eine Frage dieser Tragweite sollte nicht ohne vorgängige Vernehmlassung direkt in die Botschaft des Bundesrates einfließen – so der Bundesrat dieses Anliegen überhaupt aufnimmt. Eventualiter ist die zentrale Organisation und Finanzierung des EPD als Alternative zu Eckwert 1c in die Botschaft aufzunehmen.

Falls der Bundesrat an der dezentralen Organisation festhält und keine Alternative präsentieren will, sind Vorschläge für eine adäquate Governance der Kantone vorzulegen.

Ad c) Die Forderung nach einer Ausfinanzierung des Infrastruktur-Projektes EPD entspricht einem Kernanliegen von H+. Die Spitäler haben die bisherigen, zum Teil exorbitanten Kosten für den Anschluss an das EPD aus eigener Kraft gestemmt, d.h. im Wesentlichen über Erträge aus OKP-finanzierten Leistungen. Bei chronisch unterfinanzierten Tarifen, Lohnerhöhungen infolge Teuerungsanpassungen und steigenden Energiepreisen ist es ausgeschlossen, dass Spitäler weitere, insbesondere finanzielle Ressourcen für die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung der EPD-Infrastruktur aufwenden. Die OKP ist am Limit und damit auch die Spitäler mit faktisch gedeckelten Tarifen. Damit ist eine Ausfinanzierung durch die öffentliche Hand unumgänglich geworden, wie das bei Infrastruktur-Projekten dieser Dimension eigentlich die Regel ist.

Empfehlung von H+:

Die Finanzierungsfrage des EPD wurde in der Teilrevision des EPDG auf die Stammgemeinschaften beschränkt und im vorliegenden Vorentwurf zur umfassenden EPDG-Revision gänzlich ausser Acht gelassen. Dies muss zwingend nachgeholt werden. Alternativ dazu ist die Finanzierungsfrage des EPD-Systems in der Finanzierungsbotschaft zu DigiSanté zu regeln.

Opt-Out-Modell (Eckwert 2) und Anschlussverpflichtung (Eckwert 3)

Die Umfrage zeigt eine deutliche Zustimmung der Spitalbranche zum Out-Out-Modell und zur Anschlussverpflichtung aller Leistungserbringer gemäss KVG. Beide Faktoren werden als essentiell für den Erfolg des Projektes beurteilt. Damit wird deutlich, dass die Spitalbranche durchaus bereit und willens ist, die Digitalisierung im Gesundheitswesen tatkräftig voranzubringen. *Conditio sine qua non* dafür ist aber eine sichergestellte Finanzierung.

Neben «Gesundheitsfachpersonen» sind auch «institutionelle Leistungserbringer» aufzunehmen.

Neben den Gesundheitsfachpersonen soll der Begriff «Leistungserbringer» oder «Gesundheitsinstitution» aufgenommen und definiert werden. Nur so können Rechte und Pflichten bzw. Rollen und Governance-Fragen bei den Leistungserbringern als Institutionen auch ausgeführt bzw. gut reguliert werden. Ausführungen dazu siehe unter «Weitere Kommentare».

Kollektives Onboarding

Es braucht ein kollektives Onboarding des Personals der Institutionen der Gesundheitsversorgung. Es soll neu ein kollektives Onboarding für akkreditierte GFPs (in MedReg/NAREG eingetragene Fachpersonen) vorgesehen werden. Ausführungen dazu siehe unter «Weitere Kommentare».

Vertiefte Analysen und Diskussionen unabdingbar

Die zahlreichen und differenzierten Kommentare zu den Eckwerten zeigen, dass ein erheblicher Diskussions- und Klärungsbedarf besteht. Viele Eckwerte, die grundsätzlich begrüsst werden, erweisen sich im Detail als zumindest herausfordernd und benötigen vertiefte Abklärungen.

H+ begrüsst es, dass das BAG bzw. eHealth Suisse die EPD-Experten der Spitäler und Kliniken weiterhin in EPD-Workshops einbeziehen will. Die hier vorliegende Stellungnahme bildet eine wichtige Grundlage, diese Workshops konstruktiv und zielführend zu gestalten.

Eckwert 1: Nachhaltige Finanzierung des EPD und Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen.

Eckwert 1 kann nicht als Ganzes beurteilt werden, da er sehr unterschiedliche Elemente beinhaltet. Diese wurden unten in die Eckwerte 1a, 1b, 1c, 1d und 1e aufgegliedert und gesondert kommentiert.

1.3 Eckwert 1a: EPD als Instrument des KVG

1.4

Erläuterungen:

Das heute geltende EPDG regelt primär die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die Bearbeitung der Daten im EPD. Es enthält aber keine Vollzugsaufgaben für die Kantone. Damit der

<p>Bund die Kantone bei der Sicherstellung der Betriebsfinanzierung in die Pflicht nehmen kann, soll das EPDG neu als Instrument der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) definiert und, neben Art. 95 BV und Art. 122 BV, zusätzlich auf Art. 117 BV abgestützt werden. Auf diese Weise könnte der Bund den Kantonen Vollzugsaufgaben zuweisen und die Finanzierung des EPD regeln.</p>		
Geltendes Recht	Ingress Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, gestützt auf die Artikel 95 Absatz 1 und 122 Absatz 1 der Bundesverfassung, nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrats vom 29. Mai 2013, beschliesst:	
Vorentwurf EPDG	Ingress Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, gestützt auf die Artikel 95 Absatz 1, 117 Absatz 1 und 122 Absatz 1 der Bundesverfassung, nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrats vom 29. Mai 2013, beschliesst:	
Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Ingress V-EPDG	---	<p>H+ stimmt diesem Vorschlag zu.</p> <p>Die vorgeschlagene Massnahme ist auf dem Hintergrund einer sehr heterogenen Umsetzung durch die Kantone und einer nicht ausreichenden Investitionsbereitschaft von Privaten nachvollziehbar.</p> <p>Wie dem Erläuternden Bericht auf Seite 12 zu entnehmen ist, hat der Bundesrat eine Mitfinanzierung des EPD über Prämienbeiträge verworfen. Das ist erfreulich. Die OKP ist am Limit. Zusätzliche Belastungen der OKP durch OKP-fremde Aufgaben lehnt H+ hier wie auch in anderen Bereichen (Bildung, Qualitätsmassnahmen, Datenschutz, usw.) entschieden ab.</p>

1.5 Eckwert 1b: Der Bund soll die Kosten für zentrale Komponenten und die Implementierung von durch ihn realisierten Weiterentwicklungen übernehmen.

1.6

Erläuterungen:

Es handelt sich hier beispielsweise um den e-Impfausweis, den e-Medikationsplan, das e-Rezept und den e-Laborbefund.

Geltendes Recht	Art. 14 Technische Komponenten [...]
Vorentwurf EPDG	<p>Art. 14 Zentrale Komponenten</p> <p>Abs. 1: Der Bund betreibt die folgenden Komponenten: [...]</p> <ul style="list-style-type: none"> c. ein Widerspruchsregister; d. eine Datenbank zur Speicherung von strukturierten Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten. <p>Art. 14a Weiterentwicklungen Der Bund kann Softwarekomponenten, die der Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers dienen, entwickeln.</p>

	<p>Art. 19a Unterstützung durch den Bund</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Der Bund kann den Gemeinschaften und Stammgemeinschaften Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers nach Artikel 14a den kostenlos zur Verfügung stellen. 2 Er kann den Gemeinschaften und Stammgemeinschaften im Rahmen der bewilligten Kredite Finanzhilfen in Form einer Pauschale für zur Implementierung von Weiterentwicklungen nach Artikel 14a gewähren. Gemeinschaften und Stammgemeinschaften müssen eine genügende Eigenleistung erbringen. 3 Gesuche um Finanzhilfen sind beim BAG einzureichen. 4 Das BAG gewährt Finanzhilfen mittels Verfügung.
--	---

--	--

Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Art. 14, Art. 14a und Art. 19a V-EPDG	<p>Empfehlungen von H+:</p> <p>Art. 14a ist zu ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Entwicklung von Standards zur Dokumentation der Diagnostik und der Behandlung» • «Finanzhilfen für Projekte zur Entwicklung von Dokumentationsstandards können an die Akteure der Gesundheitsversorgung und an Stammgemeinschaften ausgerichtet werden». <p>Art. 14 neuer Abs. 5: «Der Bundesrat legt das Verfahren zur Weiterentwicklung der zentralen Komponenten fest. Er bezieht die Akteure des Gesundheitswesens, insbesondere die Leistungserbringer und die Versicherer, in dieses Verfahren mit ein».</p>	<p>H +stimmt diesem Vorschlag mit Vorbehalt zu.</p> <p>Die Weiterentwicklung von strukturierten zentralen Komponenten ist sehr unterstützenswert. Nur mit dieser Anpassung stehen neue Funktionalitäten einheitlich und flächendeckend zur Verfügung.</p> <p>H+ fordert jedoch wesentliche Ergänzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Es ist ungenügend, die Weiterentwicklung nur als Software-Aufgabe zu verstehen. Hier geht es prioritär um Harmonisierungen, d.h. Projekte zur Entwicklung von medizinischen und pflegerischen Dokumentationsstandards. Der Fokus auf "Softwarekomponenten" ist deshalb zu eng. Die Entwicklung von «Standards zur Dokumentation der Diagnostik und der Behandlung» sollte in Art. 14a explizit genannt werden und an erster Stelle stehen. b) Gemäss Art. 14a werden entsprechende Projekte nur durch den Bund durchgeführt. Dies ist nicht sinnvoll. Es ist wichtig, dass Leistungserbringer und Fachgesellschaften selbst solche Projekte initiieren und durchführen. Der Bund soll auch solche Projekte finanziell unterstützen. Voraussetzung muss sein, dass die Projekte zur Weiterentwicklung immer gesamtschweizerisch sind und in der Implementierung für alle Stammgemeinschaften und Gemeinschaften gelten (einheitliche Oberflächen). Wichtig ist, dass nicht Stammgemeinschaften (IT-Anbieter) entwickeln, sondern die Akteure der Gesundheitsversorgung. c) Art. 19a Abs. 1 impliziert, dass die Übernahme von wichtigen standardisierten Komponenten durch die Stammgemeinschaften freiwillig ist. Dies ist, mit Verlaub, nicht sinnvoll. Wenn harmonisierte Standards entwickelt werden, müssen diese verbindlich sein und in der Implementierung durch die Stammgemeinschaften auch einheitlich sein (keine unterschiedlichen Oberflächen).

		<p>d) Es muss unter Art. 14a ein Absatz ergänzt werden, der besagt, dass Finanzhilfen für Projekte zur Entwicklung von Dokumentationsstandards ausgerichtet werden können. Diese Finanzhilfen dürfen nicht auf die Stammgemeinschaften beschränkt sein, sondern müssen die Akteure der Gesundheitsversorgung an erster Stelle nennen.</p> <p>Der Gesetzentwurf enthält keine Informationen über die Entscheidungsmechanismen, die für die Entscheidungen des Bundes über die zentralen Komponenten, für die er zuständig ist, eingeführt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wer bereitet die Entscheidungen des Bundesrates vor? Das BAG? • Nach welchem Prozess? • Wird es eine Expertengruppe mit Vertretern der verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens geben? • Werden für Entwicklungen regelmässige Konsultationsverfahren (z.B. 2 bis 3mal jährlich) eingeführt? <p>H+ empfiehlt, hier Klarheit zu schaffen und eine entsprechende neue Bestimmung einzuführen: siehe mittlere Spalte.</p>
--	--	---

1.7 Eckwert 1c: Die Kantone sollen die Finanzierungsverantwortung für den Betrieb mindestens einer Stammgemeinschaft auf ihrem Hoheitsgebiet übernehmen.

1.8

Geltendes Recht	--	
Vorentwurf EPDG	<p>6a. Abschnitt: Aufgaben und Zuständigkeiten der Kantone</p> <p>Art. 19d Bestand und Finanzierung</p> <p>1 Die Kantone stellen den Bestand und die Finanzierung mindestens einer Stammgemeinschaft auf ihrem Hoheitsgebiet sicher.</p> <p>2 Sie schliessen die für die automatische Eröffnung der elektronischen Patientendossiers notwendigen Vereinbarungen mit einer oder mehreren Stammgemeinschaften.</p>	
Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Art. 19d V-EPDG	<p><u>Empfehlung von H+:</u> Die zentrale Organisation und Finanzierung des EPD wird im Vorentwurf <u>nicht</u> vorgeschlagen. Eine zusätzliche Konsultation zu dieser Frage ist dringend zu empfehlen, damit die interessierten Kreise differenziert Stellung nehmen können. Eine Frage dieser Tragweite sollte nicht ohne vorgängige Vernehmlassung direkt in die Botschaft des Bundesrates</p>	<p>Eine deutliche Mehrheit der Mitglieder stimmt diesem Vorschlag zu. Doch stellen sowohl Befürworter wie auch – mit Nachdruck -- Gegner dieser Massnahme die Organisation des EPD über verschiedene Stammgemeinschaften grundsätzlich infrage. Einige Mitglieder fordern, dass nur eine Stammgemeinschaft für die ganze Schweiz unter der Verantwortung des Bundes (Betrieb, Finanzierung) aufgebaut werden soll. Andernfalls würde eine inkohärente Situation mit unterschiedlichen Regelungen in den Kantonen entstehen. Es bestehe die Gefahr von Monopolbildungen in jedem Kanton.</p>

	einfließen. Eventualiter ist die zentrale Organisation und Finanzierung des EPD als <u>Alternative zu Eckwert 1c</u> in die Botenschaft aufzunehmen.	Stattdessen solle der Bund die Finanzierung übernehmen, da ein natürliches Monopol vorliegen würde, bei dem es keine unterschiedlichen Stammgemeinschaften brauche. Ein Vergleich mit dem Ausland zeige, dass eine zentrale Steuerung erfolgreich funktioniere.
--	--	---

1.9 Eckwert 1d: Die Kantone sollen neu Vollzugsaufgaben erfüllen, namentlich Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten gegenüber Leistungserbringern, die sich einer Stammgemeinschaft anschliessen müssen.

Geltendes Recht	--	
Vorentwurf KVG	Art. 59a^{bis} Elektronisches Patientendossier 1 Leistungserbringer müssen sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a EPDG anschliessen. 2 Die Aufsichtsbehörde nach Artikel 38 Absatz 1 kann gegenüber Leistungserbringern, die gegen die Pflicht zum Anschluss an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft oder gegen ihre Pflicht, Daten der Patientinnen und Patienten in deren elektronischen Patientendossiers zu erfassen, verstossen, folgende Sanktionen aussprechen: a. eine Verwarnung; oder b. eine Busse bis zu 250 000 Franken; c. einen befristeten Entzug der Zulassung; d. einen definitiven Entzug der Zulassung. 3 Die finanziellen Mittel, die aus Bussen stammen, verwendet der Bundesrat für Qualitätsmassnahmen nach diesem Gesetz. 4 Zur Kontrolle der Einhaltung der Pflicht zum Anschluss an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft kann die Aufsichtsbehörde auf die Abfragedienste nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe a EPDG zugreifen.	
Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Art. 59abis V-KVG	<u>Empfehlung von H+:</u> Die Sanktionsmöglichkeiten sind zu streichen, eventualiter auf einen verhältnismässigen, d.h. stark reduzierten Umfang zu reduzieren.	H+ lehnt die vorgeschlagenen Sanktionsmöglichkeiten ab. Für die Spitäler besteht bereits eine Anschlusspflicht. Die hier vorgeschlagenen Sanktionsmöglichkeiten bei Verstössen gegen diese Anschlusspflicht stehen in eklatantem Widerspruch zum angestrebten Ziel der Revision, eine erfolgreiche schweizweite Verbreitung und Nutzung des EPD zu erreichen. So werden mit den Sanktionen die technischen und organisatorischen Hürden, welche die bisherige Verbreitung des EPD behindert haben, nicht einmal ansatzweise behoben. Statt Sanktionen vorzusehen, sollten vielmehr Anreize geschaffen werden, welche eine über einen rein formellen Anschluss hinausgehende Digitalisierung des Gesundheitswesens fördern. Ungeachtet dessen, dass Sanktionen der falsche Weg sind, ist der hier vorgeschlagene Sanktionskatalog unverhältnismässig. Mit dem befristeten oder definitiven Entzug der Zulassung als mögliche Sanktionen nimmt der Bundesrat bewusst eine Gefährdung der ohnehin finanziell und personell angespannten Versorgungssituation in Kauf. So wünschenswert eine Verbreitung eines – funktionierenden! – EPD-Systems auch ist, so darf sie doch auf gar keinen Fall

		<p>mit einer Gefährdung der Versorgungssicherheit durchgesetzt werden. Für ein derart unverhältnismässiges Vorgehen gibt es weder eine verfassungsmässige noch eine rechtliche Grundlage.</p> <p>Bei einer Minderheit der H+ Mitglieder findet der Vorschlag Verständnis. So würde eine reine Mehrwertüberzeugung leider nicht funktionieren, da das grundsätzliche Interesse der Digitalisierung nicht überall verbreitet sei. Ausserdem seien viele Spitäler ihrer Anschlusspflicht bereits nachgekommen, während andere bewusst abgewartet hätten. Es brauche deshalb ein Instrument, die Pflicht durchzusetzen. Doch auch Befürworter von Sanktionen sprechen sich für verhältnismässige Sanktionsmöglichkeiten aus (z.B. max. Fr. 100'000, kein Entzug der Zulassung).</p>
--	--	---

<p>1.10 Eckwert 1e: Die Kantone sollen neu Vollzugsaufgaben erfüllen, namentlich die Anschlusspflicht weiterer Gesundheitsfachpersonen beschliessen können.</p>		
Geltendes Recht	--	
Vorentwurf EPDG	<p>Art. 19e Anschlusspflicht weiterer Gesundheitsfachpersonen Die Kantone können Gesundheitsfachpersonen, die nicht als Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 KVG gelten, verpflichten, sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a anzuschliessen.</p>	
Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Art. 19e V-EPDG	<p>Empfehlung von H+: Im EPDG müssen neben Gesundheitsfachpersonen (GFP) auch juristische und institutionelle Leistungserbringer anerkannt sein.</p>	<p>H+ stimmt diesem Vorschlag mit Vorbehalt zu.</p> <p>Ein Spital (und auch weitere Player im Gesundheitswesen) kann nur vom EPD profitieren, wenn wirklich alle am EPD anschliessen und aktiv mitmachen. Die Ausweitung der Teilnahmepflicht wird von einer grossen Mehrheit der Mitglieder begrüsst. Es sollen die gleichen Regeln für alle Stakeholder des Gesundheitswesens gelten.</p> <p>Es ist hingegen falsch, dass im EPDG bei den Akteuren der Versorgung weiterhin nur von «Gesundheitsfachpersonen» die Rede ist. Es muss endlich anerkannt werden, dass auch juristische Personen/institutionelle Leistungserbringer eine Rolle haben und Aufgaben übernehmen können und müssen.</p> <p>Es muss präziser festgehalten werden, welche Gesundheitsfachpersonen in Betracht kommen. Beispielsweise sollten die Beteiligten an einem Projekt gemäss Experimentierartikel eingeschlossen sein (z.B. Beratungsstellen,</p>

		<p>Vereine und Projekte, die eine koordinierte Versorgung umsetzen etc.). Mit der Beteiligung von Praxen und Therapeuten wird eine lückenlose Dokumentation eher möglich sein.</p> <p>Letztlich sollten alle prozessbeteiligten Leistungserbringer angeschlossen sein, gerade bei einer immer älter werdenden Gesellschaft mit chronisch kranken Personen. Das bedingt aber eine strukturierte Datenerfassung und einen kostenneutralen Anschluss für Gesundheitsfachpersonen.</p> <p>Es muss auch bestimmt werden, welche Akteure das EPD <u>nicht</u> konsultieren dürfen. Ernsthaft zu prüfen ist beispielsweise, ob Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen eines Kostenträgers ein EPD konsultieren dürfen sollen.</p>
--	--	---

1.11 Eckwert 2a: Opt-Out-Modell

1.12

Erläuterungen:

Um eine optimale Verbreitung des EPD zu erreichen, soll das bisherige Modell der Freiwilligkeit, ein EPD zu eröffnen, mit einem Opt-Out-Modell ersetzt werden. Dabei wird für sämtliche Personen, die Wohnsitz in der Schweiz haben, im Rahmen der OKP oder gemäss der Militärversicherung versichert sind und keinen Widerspruch gegen die Eröffnung erhoben haben, **automatisch sowie kostenlos ein EPD eröffnet**. Das Opt-Out-Modell trägt dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung weiterhin Rechnung, da eine Widerspruchslösung gilt (Opt-Out) und die Teilnahme letztlich freiwillig bleibt.

Beim Opt-Out-Modell sorgt der Kanton für die Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers für jede Person mit Wohnsitz in seinem Hoheitsgebiet. Er bestimmt, bei welcher Stammgemeinschaft das EPD eröffnet wird. Die informierten Personen oder deren gesetzliche Vertretung haben anschliessend drei Monate Zeit, um Widerspruch hinsichtlich der EPD-Eröffnung einzulegen. Wenn Widerspruch eingelegt wird, ist der Wohnkanton für die Meldung des Widerspruchs an das Widerspruchsregister verantwortlich. Erfolgt kein Widerspruch, wird das EPD eröffnet, und die Patientin / der Patient kann das Vorhandensein ihres / seines EPD aktiv zur Kenntnis nehmen. Diese Kenntnisnahme ist dann erfolgt, wenn das Identifikationsmittel der Patientin / des Patienten mit dem EPD verknüpft worden ist. Solange kein Identifikationsmittel der Patientin oder des Patienten mit dem EPD verknüpft ist und die Patientin oder der Patient somit nicht auf das EPD zugreift, kann die Patientin / der Patient keine lesenden Zugriffsrechte auf das EPD vergeben. **Ist das EPD mit keinem Identifikationsmittel verknüpft, muss es trotzdem von den Gesundheitsfachpersonen mit den gesetzlich vorgesehenen, d.h. behandlungsrelevanten Daten befüllt werden.**

Geltendes Recht

Art. 3 Einwilligung

- 1 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.
- 2 Liegt die Einwilligung vor, so wird im Behandlungsfall vermutet, dass die betroffene Person damit einverstanden ist, dass die Gesundheitsfachpersonen Daten im elektronischen Patientendossier erfassen. Gesundheitsfachpersonen öffentlich-rechtlicher Einrichtungen sowie von Einrichtungen, denen von einem Kanton oder einer Gemeinde die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe übertragen wurde, sind in diesem Fall berechtigt, Daten im elektronischen Patientendossier zu erfassen und zu bearbeiten.
- 3 Die Patientin oder der Patient kann die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

	4 Sie oder er kann nicht dazu verpflichtet werden, Daten aus ihrem oder seinem elektronischen Patientendossier zugänglich zu machen.	
Vorentwurf EPDG	<p>Art. 3 Automatische Eröffnung</p> <p>1 Der Kanton sorgt für die Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers für jede Person mit Wohnsitz in seinem Hoheitsgebiet, die:</p> <ol style="list-style-type: none"> nach dem 2. Titel des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) für Krankenpflege oder nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG) versichert ist; noch kein elektronisches Patientendossier eröffnet hat; nicht im Widerspruchsregister eingetragen ist; und innerhalb der Frist nach Artikel 3a Absatz 1 keinen Widerspruch erhebt. <p>2 Er informiert die betroffene Person innert 30 Tagen nach Wohnsitznahme in seinem Hoheitsgebiet über:</p> <ol style="list-style-type: none"> die bevorstehende Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers; die Stammgemeinschaft, bei der ihr elektronisches Patientendossier eröffnet wird; ihre Möglichkeit, Widerspruch gegen die Eröffnung zu erheben; Art, Zweck und Umfang der Datenbearbeitung sowie deren Auswirkungen; die Massnahmen zum Schutz ihrer Daten; ihre Rechte und Pflichten bei der Verwaltung ihres elektronischen Patientendossiers; ihre Möglichkeit, Gesundheitsanwendungen Zugriff auf ihr elektronisches Patientendossier zu gewähren; <p>3 Die Stammgemeinschaften müssen jederzeit nachweisen können, dass ein elektronisches Patientendossier automatisch eröffnet wurde.</p> <p>Art. 3a Widerspruch gegen die automatische Eröffnung</p> <p>1 Die betroffene Person kann ohne Angaben von Gründen innerhalb von 90 Tagen nach Zugang der Information nach Artikel 3 Absatz 2 bei der zuständigen kantonalen Behörde Widerspruch gegen die automatische Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers erheben.</p> <p>2 Erhebt die betroffene Person Widerspruch, so meldet die zuständige kantonale Behörde dies der registerführenden Stelle.</p> <p>Art. 3b Freiwillige Eröffnung</p> <p>1 Jede Person, die kein elektronisches Patientendossier hat, kann mit ihrer ausdrücklichen Einwilligung ein elektronisches Patientendossier bei einer Stammgemeinschaft ihrer Wahl eröffnen.</p> <p>2 Die Einwilligung ist nur gültig, sofern die betroffene Person sie nach angemessener Information über Art, Zweck und Umfang der Datenbearbeitung sowie deren Auswirkungen und über die Massnahmen zum Schutz ihrer Daten freiwillig erteilt.</p> <p>3 Die Stammgemeinschaften müssen die Einwilligung der Patientin oder des Patienten jederzeit nachweisen können.</p> <p>Art. 3c Kostenfreiheit</p> <p>Die Eröffnung, Nutzung und Auflösung des elektronischen Patientendossiers sowie der Erhalt und die Nutzung eines Identifikationsmittels nach Artikel 7 ist für Personen kostenlos, die nach dem 2. Titel des KVG für Krankenpflege oder nach dem MVG versichert sind.</p> <p>Art. 26a Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</p> <p>1 Die Kantone sorgen dafür, dass für Personen mit Wohnsitz in ihrem Hoheitsgebiet ein elektronisches Patientendossier eröffnet wird. Artikel 3 gilt sinngemäss. Die Information im Sinne von Artikel 3 Absatz 2 hat innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Änderung vom ... zu erfolgen.</p> <p>2 Die Kantone sorgen für eine möglichst rasche Eröffnung des elektronischen Patientendossiers, spätestens jedoch innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf der Widerspruchsfrist nach Artikel 3a Absatz 1.</p>	
Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Art. 3 Abs. 1, 2 und 3; Art. 3a und Art. 3b; Art. 26a	---	H+ stimmt dem Opt-Out-Modell zu. Das Opt-Out-Modell hat sich in anderen Ländern als zentraler Erfolgsfaktor erwiesen. Mit diesem Modell

<p>Abs. 1 und 2 V-EPDG</p>	<p>können breite Kreise der Bevölkerung integriert werden. Das bedingt aber Wahlfreiheit der Stammgemeinschaft sowie Unterstützung bei der initialen Eröffnung und aufzeigen des Nutzens für die Bevölkerung. Ausserdem sind die Kosten für Spitäler vom Kanton oder vom Bund zu übernehmen.</p> <p><u>Ausnahmen vom Opt-Out-Modell:</u> Minderjährige unter 17 Jahren (Vollendung des 16. Lebensjahres) und nicht urteilsfähige Personen. Dementsprechend soll Art. 3 Abs. 1 mit folgender einschränkender Bestimmung ergänzt werden: <u>Abs.1 «... für jede Person..., die ... Bst. e) das 16. Altersjahr vollendet hat und urteilsfähig ist».</u></p> <p>Über die Dauer der Widerspruchsfrist sind die Meinungen geteilt: Einige verlangen mindestens 6 Monate anstatt nur 3 Monate, für andere sind 3 zu lang.</p> <p>Folgende kritische Statements sind erwähnens- und bedenkenswert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aus Datenschutzsicht ist ein Opt-Out-Modell für die Verarbeitung hochsensibler Daten kritisch. Viele Betroffene erkennen die Bedeutung des Modells für sich nicht und geben höchstpersönliche Daten preis, ohne sich bewusst dafür entschieden zu haben. • Die Eröffnung sollte über die Krankenkassen beim Abschluss der Versicherung erfolgen. Dort geschieht es unmittelbar vor der Geburt und ist viel effizienter. Die Eröffnung ist nicht gratis. Auch der Versicherte muss etwas dafür bezahlen, da er einen Nutzen dafür erhält. Die Eröffnung muss immer unmittelbar passieren, sonst sind Dokumente zur Geburt nicht enthalten und somit nie vollständig. Krankenkassen sind immer am schnellsten; sie müssen in die Pflicht genommen werden -- ohne Ausreden. <p>Von einem H+ Mitglied wird folgende neue Formulierung von Art. 3b Abs. 2 Bst. b gefordert (statt b. gemäss Entwurf):</p> <p>«b. die Stammgemeinschaften, die zur Eröffnung ihres elektronischen Patientendossiers zur Wahl stehen;»</p> <p><u>Begründung:</u> Bei der dezentralen Organisationsform sind regionale Monopolsituationen zu vermeiden. Die Einwohner/innen sollen das Recht auf freie Wahl der Stammgemeinschaft erhalten, so wie es bereits für die Personen mit der Möglichkeit einer freiwilligen Eröffnung vorgesehen wird; siehe hierzu auch unter «Weitere Kommentare» am Schluss der Umfrage.</p>
----------------------------	--

1.13 Eckwert 2b: Notfallzugriff auf EPD, welche mit keinem Identifikationsmittel verknüpft sind

1.14

Erläuterungen:

Bei solchen EPD, welche mit keinem Identifikationsmittel verknüpft sind und auf die demzufolge keine Zugriffsrechte vergeben worden sind, stellt sich die Frage, ob ein **Notfallzugriff** dennoch möglich sein soll. Der Bundesrat schlägt vor, bei solchen EPD keinen Notfallzugriff zuzulassen, um die informationelle Selbstbestimmung der Patientin oder des Patienten jederzeit zu gewährleisten. Entsprechend soll der Notfallzugriff nur bei EPD möglich sein, welche mit einem Identifikationsmittel verknüpft sind und entsprechend aktiv von der Patientin oder dem Patienten zur Kenntnis genommen wurden (Art. 9 Abs. 5 EPDG).

Geltendes Recht	Art. 9 Zugriffsrechte für Gesundheitsfachpersonen [...] 5. In medizinischen Notfallsituationen können Gesundheitsfachpersonen auch ohne Zugriffsrechte auf Daten aus dem elektronischen Patientendossier zugreifen, soweit die Patientin oder der Patient dies nicht im Rahmen der Anpassung der Grundeinstellung ausgeschlossen hat. Die Patientin oder der Patient muss über den Zugriff informiert werden.	
Vorentwurf EPDG	Art. 9 Gesundheitsfachpersonen [...] 5. In medizinischen Notfallsituationen können Gesundheitsfachpersonen auch ohne Zugriffsrechte auf Daten aus dem elektronischen Patientendossier zugreifen, soweit die Patientin oder der Patient: a. auf ihr oder sein elektronisches Patientendossier zugegriffen hat; und b. dies nicht im Rahmen der Anpassung der Grundeinstellung ausgeschlossen hat. 6. Die Patientin oder der Patient muss über den Notfallzugriff informiert werden.	
Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Art. 9 Abs. 5 und 6 V-EPDG	---	Die Meinungen zu dieser Bestimmung sind geteilt. <u>Argumente pro:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ein genereller Notfallzugriff würde über das Ziel hinausschiessen. • Die Bestimmung ist aus Datenschutzgründen notwendig, sofern sich die vorgeschlagene Opt-Out-Version durchsetzt. • Mit dieser Regelung besteht keine Gefahr, dass der Notfallzugriff unkontrolliert und somit unrechtmässig genutzt wird. Ansonsten müsste es eine unabhängige Kontrolle/Aufsicht geben. <u>Argumente contra:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Der Zugriff ist im Notfall auch bei EPD ohne Identifikationsmittel sinnvoll. • On peut imaginer que beaucoup de personnes âgées auront un DEP sans vouloir y accéder elles-mêmes. Des autorisations n'auront peut-être pas été paramétrées et il serait bien que les services d'urgences puissent accéder. • La lettre a) de l'article 9 al. 5. doit être supprimée. Elle met en danger le patient

		<p>âgé qui aura un DEP rempli, mais aucune envie de s'y connecter. C'est un non-sens du point de vue de la sécurité médicale. Note: la tournure de l'article est très confuse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die informelle Selbstbestimmung ist mit der Widerspruchsmöglichkeit bereits gegeben. • Si un patient arrive aux urgences dans un situation vital pour lui, on doit répondre à sa volonté supposée d'être sauvé sauf opposition de sa part.
--	--	---

1.15 Eckwert 3: Anschlussverpflichtung für ambulant tätige Gesundheitsfachpersonen

1.16

Erläuterungen:

Nach Art. 39 Abs. 1 Bst. f und Art. 49a Abs. 4 KVG, in Kraft seit 15. April 2017, sind stationäre Gesundheitseinrichtungen, welche Leistungen zulasten der OKP abrechnen, dazu verpflichtet, sich einer zertifizierten Stammgemeinschaft anzuschliessen. Mit der Änderung im KVG «Zulassung von Leistungserbringern» gilt diese Verpflichtung ab 1. Januar 2022 ebenfalls für neu zugelassene ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte.

Neu sollen in Umsetzung der Motion 19.3955 «Ein elektronisches Patientendossier für alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen» **sämtliche Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 KVG** dazu verpflichtet werden, sich einer Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft anzuschliessen.

Der Anschluss einer Gesundheitsfachperson an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft geht mit der Pflicht einher, behandlungsrelevante Daten, wenn möglich in strukturierter Weise, im EPD zu erfassen. Wurde für eine spezifische medizinische Dokumentation bereits ein so genanntes Austauschformat (s. EPDV-EDI Anhang 4) erlassen, so muss sie in diesem Format erfolgen. Diese Pflicht besteht bereits, soll jedoch mit dem vorliegenden Vorentwurf zu Art. 9 EPDG neu explizit festgehalten werden.

Es ist den Kantonen überlassen, weitere Gesundheitsfachpersonen, die keine Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 KVG sind, zu verpflichten, sich einer Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft anzuschliessen.

Geltendes Recht

--

Vorentwurf KVG

Art. 59a^{bis} Elektronisches Patientendossier

- 1 Leistungserbringer müssen sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a EPDG anschliessen.
- 2 Die Aufsichtsbehörde nach Artikel 38 Absatz 1 kann gegenüber Leistungserbringern, die gegen die Pflicht zum Anschluss an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft oder gegen ihre Pflicht, Daten der Patientinnen und Patienten in deren elektronischen Patientendossiers zu erfassen, verstossen, folgende Sanktionen aussprechen:
 - a. eine Verwarnung; oder
 - b. eine Busse bis zu 250 000 Franken;
 - c. einen befristeten Entzug der Zulassung;
 - d. einen definitiven Entzug der Zulassung.
- 3 Die finanziellen Mittel, die aus Bussen stammen, verwendet der Bundesrat für Qualitätsmassnahmen nach diesem Gesetz.
- 4 Zur Kontrolle der Einhaltung der Pflicht zum Anschluss an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft kann die Aufsichtsbehörde auf die

	Abfragedienste nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe a EPDG zugreifen.	
Geltendes Recht	Art. 9 Zugriffsrechte für Gesundheitsfachpersonen [...]	
Vorentwurf EPDG	Art. 9 Gesundheitsfachpersonen [...] 1bis Gesundheitsfachpersonen sind verpflichtet, behandlungsrelevante Daten, wenn möglich in strukturierter Weise, im elektronischen Patientendossier zu erfassen. Sie sind nicht verpflichtet, vor der Eröffnung angefallene Daten nachträglich zu erfassen. [...]	
Geltendes Recht	--	
Vorentwurf EPDG	Art. 19e Anschlusspflicht weiterer Gesundheitsfachpersonen Siehe Eckwert 1.	
Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Art. 59abis V-KVG; Art. 19e und Art. 9 V-EPDG	---	<p>H+ stimmt diesem Eckwert zu.</p> <p>Die überwiegende Mehrheit der Eine einseitige Verpflichtung nur für stationäre Leistungserbringer ohne ambulante Leistungserbringer würde keinen Sinn machen, so die vorherrschende Meinung in der Spitalwelt. Deshalb sei eine Verpflichtung für Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs.2 KVG zu begrüssen. Patientenorientierte Behandlungsprozesse mit allen relevanten Informationen würden es erfordern, dass alle Gesundheitsfachpersonen relevante Informationen im EPD bereitstellen. Das bedingt aber, dass der Aufwand minimiert wird (keine Mehrfachfassung, Medienbrüche). Auch müssen die Kosten eines EPD sehr tief und die Bedienung einfach gehalten werden. Zur Erinnerung (falls überhaupt nötig): Aktuell ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis des EPD eine Katastrophe. Schliesslich wird gefordert, dass der Aufwand finanziell abzugelten sei.</p> <p>Von einem Mitglied wird gefordert, Art. 9 Abs. 1 bis wie folgt zu ändern:</p> <p>«Gesundheitsfachpersonen sind verpflichtet, behandlungsrelevante Daten, wenn möglich in strukturierter Weise, im elektronischen Patientendossier zu erfassen. [...]»</p> <p><u>Begründung:</u> Solange Daten in Form eines nicht strukturierten PDF abgespeichert werden, ist der Aufwand gross und zeitintensiv, um relevante Informationen zu sichten. Künftig sind alle Daten in strukturierter Form abzulegen und aufzurufen, um behandlungsrelevante</p>

		<p>Informationen schnell finden zu können. Ohne eine strukturierte Datenablage ist das EPD kaum nutzbar und der Informationsgehalt der gespeicherten Daten marginal. Idealerweise müssen die Daten direkt in ein KIS/ PIS (Klinik-/ Praxis Informationssystem) eingelesen werden, dazu wäre eine standardisierte Schnittstelle (FHIR API) landesweit wünschenswert.</p> <p><i>Last but not least.</i> Es wird einhellig begrüsst, dass es keine Verpflichtung zur rückwirkenden Erfassung gibt. Dies ist aus Sicht der Spitäler als sehr positiv zu verzeichnen.</p>
--	--	--

1.17 Eckwert 4 (aufgegeben): Nutzung der technischen Infrastruktur für Zusatzdienste

1.18

Erläuterungen:

Die Nutzung der technischen Infrastruktur des EPD durch Zusatzdienste (z.B. Überweisung einer Patientin oder eines Patienten vom Hausarzt zur Radiologin) war ursprünglich vorgesehen. Gemäss Erläuterndem Bericht habe sich jedoch gezeigt, dass der Mehrwert solcher Zusatzdienste angesichts der Herausforderungen rund um Fragen der Datensicherheit und des Datenschutzes nicht gegeben sei. Daher sei die Nutzung der EPD-Infrastruktur für Zusatzdienste nicht in die Vorlage aufgenommen worden. Hingegen sollen, mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten, Gesundheitsanwendungen Zugriff auf das EPD erhalten (siehe Eckwert 8 Gesundheitsanwendungen).

Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
---	<p>Empfehlung von H+: Eine Neubeurteilung dieses Eckwertes drängt sich auf.</p>	<p>Die Mehrheit der H+ Mitglieder befürwortet, dass dieser Eckwert aufgegeben wurde. Allerdings sind auch hier die Meinungen geteilt. Die Argumente der Mitglieder, welche an diesem Eckwert festhalten möchten, sind gewichtig, sodass sich aus Sicht von H+ eine Neubeurteilung aufdrängt.</p> <p><u>Argumente, warum dieser Eckwert nicht weiterverfolgt werden soll:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusatzdienste sind nicht unbedingt prioritär bei der Entwicklung des EPD, deshalb ist das Weglassen dieses Eckwertes vermutlich richtig. • Wir stimmen dieser Anpassung zu. Dies im Sinne des Datenschutzes und für das EPD. Jedoch ist es eine verpasste Möglichkeit der Digitalisierung. • Die Einführung des EPD sollte nicht mit Zusatzfunktionen überladen werden. Diverse Ärzte-Netzwerke haben eigene gut funktionierende Lösungen. Hier macht eine überregionale Lösung wenig Sinn. <p><u>Argumente, warum dieser Eckwert nicht aufgegeben werden sollte:</u></p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Extrem wichtig, um ergänzende Applikationen zu ermöglichen und zu fördern sowie ein E-Health-Ökosystem weiterzuentwickeln. • Wenn der DSDS für Zusatzdienste nicht eingehalten werden kann, dann auch nicht für das EPD. Der Mehrwert dieser Dienste ist gewährleistet, die EPD-Inhaber:innen sollen auch hier der Datenübermittlung zustimmen können, damit DSDS gelöst ist. • Genau hier könnten mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen Fortschritte gemacht werden. Wenn man hier die Datensicherheit deswegen bemängelt bzw. in Frage stellt, dann müsste das gesamte EPD in Frage gestellt werden. • Der Mehrwert solcher Zusatzdienste würde einen kleinen <i>pay back</i> für die Leistungserbringer bedeuten. • Was in anderen Ländern schon lange normal ist, kann in der Schweiz nicht umgesetzt werden? Das ist doch nicht möglich. • Die Zusatzdienste bilden den Hauptnutzen im Rahmen eines EPD. • Unter Vorbehalt der Zustimmung des Patienten würden wir die Plattform analog den Gesundheitsanwendungen auch anderen Zusatzdiensten zur Verfügung stellen. • Ce service amène une énorme valeur pour les professionnels de santé. C'est très dommage de l'abandonner.
--	--	--

1.19 Eckwert 5: Nutzbarmachung der Daten für die Forschung

1.20

Erläuterungen:

Die Daten des EPD sollen für Forschung und Qualitätssicherung nutzbar gemacht werden können. Zu diesem Zweck soll der Bund Daten aus der zentralen Datenbank zur Speicherung von strukturierten Gesundheitsdaten auf Gesuch hin in anonymisierter Form bekanntgeben können. Es kann sich dabei um strukturierte Medikationsdaten handeln. Mittel- bis langfristig sind auch Labor- und Allergiedaten, Daten zu Intoleranzen, medizinische Daten aus strukturierten Überweisungsberichten denkbar.

Für eine Bekanntgabe von Daten in nicht anonymisierter Form für einen Zweck nach dem Humanforschungsgesetz (HFG) ist die Einwilligung der betroffenen Person oder eine Bewilligung nach Artikel 34 HFG erforderlich.

Geltendes Recht

--

Vorentwurf EPDG

Art. 19f Gesuch

1 Der Bund kann Dritten auf deren Gesuch hin die in der zentralen Datenbank zur Speicherung von strukturierten Gesundheitsdaten von Patientinnen und

	<p>Patienten gespeicherten Gesundheitsdaten zum Zweck der Forschung und Qualitätssicherung bekanntgeben.</p> <p>2 Der Bundesrat regelt die Modalität der Gesuchstellung.</p> <p>3 Er kann Vorgaben zur Bearbeitung der bekanntgegebenen Daten erlassen, um den Schutz der Persönlichkeit der betroffenen Personen zu gewährleisten.</p> <p>4 Der Bund kann Gebühren von Dritten erheben, deren Forschungsergebnisse oder Ergebnisse im Rahmen von Qualitätssicherungen nicht öffentlich zugänglich sind.</p> <p>Art. 19g Datenbekanntgabe</p> <p>1 Der Bund gibt die Daten in anonymisierter Form bekannt.</p> <p>2 Für einen Forschungszweck nach dem Humanforschungsgesetz vom 30. September 2011 können Daten in nicht anonymisierter Form bekanntgegeben werden, wenn die Gesuchstellerin oder der Gesuchsteller die nach der Humanforschungsgesetzgebung erforderliche Bewilligung oder Einwilligung vorlegt.</p> <p>3 Die Bekanntgabe von Daten für übrige Forschungszwecke und für die Qualitätssicherung richtet sich nach dem Datenschutzgesetz vom 25. September 2020.</p> <p>4 Der Bundesrat stellt sicher, dass die Anforderungen an die Anonymisierung dem Stand der Technik entsprechen.</p>	
Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
<p>Art. 19f und Art. 19g V-EPDG</p>	<p><u>Empfehlung von H+:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 19 V-EPDG ist wie folgt zu ergänzen: «Bst. g: «Bearbeitung von Gesuchen und Datenbekanntgabe an Dritte für die Forschung und Qualitätssicherung nach Artikel 19f und 19g»; vgl. auch unten Eckwert 10. • H+ empfiehlt, die Integration eines Consent-Management-Systems nicht erst im Rahmen von DigiSanté, sondern im Rahmen der umfassenden EPDG-Revision zu prüfen. 	<p>Bei den H+ Mitgliedern halten sich Zustimmung und Ablehnung die Waage. Da die Universitätsspitäler von dieser Massnahme besonders stark betroffen sind und diese Massnahme naturgemäss auch kompetent beurteilen können, schliesst sich H+ der Stellungnahme von unimeduisse an:</p> <p>Zustimmung mit Vorbehalt aus folgenden Gründen:</p> <p>Zustimmung zur Nutzbarmachung der EPD-Daten für die Forschung, aber mit bedeutenden Vorbehalten und wichtigen Kommentaren! Zustimmung auch zum Prinzip des Opt-Ins für die Verwendung für die Forschung.</p> <p>Grundsätzlich richtig, die EPD-Daten für die Forschung zugänglich zu machen. Richtig, dass dies nur strukturierte Daten aus der zentralen Datenbank betrifft und die Daten anonymisiert (bzw. verschlüsselt) herausgegeben werden (kein direkter Zugriff auf EPD für Forschende).</p> <p><u>Vorbehalte:</u></p> <p>a) Es ist nicht angemessen, dass hier die Kompetenz und Umsetzung nur dem «Bund» zugeordnet wird. Das BAG ist nicht der richtige Akteur, um Forschungsgesuche wissenschaftlich zu beurteilen, dies muss im akademischen System bzw. in einem forschungsnahen Kontext geschehen. Dies kann zum Beispiel bei der SPHN angesiedelt werden. Es braucht deshalb eine Delegationsnorm. Forderung: Anpassung des Textes unter</p>

		<p>Art. 19 lit g; siehe nebenan und unter Eckwert 10.</p> <p>b) Art. 19f Abs. 4 impliziert, dass Gebühren nur erhoben werden können, wenn die Forschungsergebnisse nicht veröffentlicht werden. Gebühren müssen auch sonst erhoben werden können. Es muss möglich sein, die Datenaufbereitung und Zurverfügungstellung mit angemessenen Gebühren zu belegen. Daten sind kein Gratisgut, die Daten der Klinikinformationssysteme der Spitäler kein Selbstbedienungsladen. Ansonsten wird das EPD zum Weg, wie alle Interessierten an die Daten der Spitäler kommen, ohne dass der Aufwand der Spitäler in der Aufbereitung der Daten je abgegolten wird. Gleichzeitig wird das aktuelle Prinzip ausgehöhlt, dass für eine Datenverwendung die Datenlieferanten (Spitäler) eingebunden werden müssen (Forschungskonsortien, Zusammenarbeitsvereinbarung für Forschung & Datennutzung).</p> <p>Forderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gebühren für die Zurverfügungstellung von Daten. Der Bundesrat regelt dies in einer Gebührenordnung. • Die Leistung der Spitäler bei der Aufbereitung/Strukturierung der Daten muss abgegolten werden. • Die Grundsätze der akademischen Forschung und der etablierten Governance der Forschungszusammenarbeit (Forschung erfolgt im Rahmen von Zusammenarbeitsverträgen, Konsortien etc.) dürfen durch das EPD nicht ausgehöhlt werden. <p>c) Anstatt «anonymisiert»/«Anonymisierung» soll «verschlüsselt»/«Verschlüsselung» verwendet werden.</p> <p>d) Gemäss Erläuterndem Bericht (s. 29/30) sollen die Patient:innen selbst festlegen können, welche Daten für die Forschung zur Verfügung gestellt werden (verschiedene Vertraulichkeitsstufen). Dies ist u.E. wahrscheinlich nicht umsetzbar: a) Das Konzept einer individuellen Zuordnung von Daten durch Patienten ist mit der Tiefenintegration der Daten (automatischer Upload) nicht vereinbar.</p> <p>e) Zum Kommentar von H+: Hier sind noch viele Fragen offen. Unimesuisse hatte erste Gespräche mit den Verantwortlichen des BAG bzw. der DigiSanté zum Thema nationale Consent Management-Infrastruktur.</p>
--	--	---

		<p>Die Verantwortlichen stehen noch ganz am Anfang und müssen die Realität der Spitäler und der Forschung erst noch vertieft analysieren. Grundsätzlich wäre es wohl wichtig, von Anfang an, anstatt einer zentralen Datenbank, ein System der harmonisierten dezentralen Consent-Verwaltung mit etablierten Kanälen und einer Zusammenführung zu etablieren (parallel zum SPHN-Konzept). Die Anbindung ans EPD wäre aber sehr gut, und es sollte nochmals geprüft werden, ob dies mit den aktuellen Anpassungen nicht schon möglich wäre.</p> <p>f) Zustimmung zum Prinzip des Opt-Ins für die Verwendung für die Forschung (dies ist angesichts der Opt-Out und automatischen Befüllung für alle Bewohnenden der Schweiz eigentlich zwingend, siehe auch Erläuternder Bericht S.29-30).</p> <p>Stellungnahme von H+ zum Consent Management. Gemäss Erläuterndem Bericht auf Seiten 29 und 30 ist die konkrete Ausgestaltung des Consent Managements im Rahmen des Programms zur Förderung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen «DigiSanté» vorgesehen und daher nicht Teil dieser Vorlage. Der Bundesrat wird die Programmbotschaft zu «DigiSanté» dem Parlament Ende 2023 überweisen. Damit stellte sich für H+ die Frage, ob es Sinn macht, Art. 19g VE-EPDG, insbesondere Abs. 2, bereits im Rahmen dieser Revision zu beraten oder ob eine Behandlung im Rahmen von DigiSanté die bessere Lösung wäre. H+ schliesst sich aber dem Kommentar von unimedsuisse im obigen Abschnitt e) an und empfiehlt zu prüfen, ob ein Consent-Management nicht schon in der vorliegenden Revision geregelt werden könnte.</p> <p>Schliesslich wird seitens eines H+ Mitglieds gefordert, für die Steuerung des Gesundheitssystems notwendige aktuelle Metriken zu verwenden, um daraus relevante Kennzahlen abzuleiten. Die Transparenz der Berechnungsmethoden muss von den Lieferanten dieser Statistiken durchgeführt werden.</p>
--	--	--

1.21 Eckwert 6: Zentrale Datenbank zur Speicherung von strukturierten Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten

1.22

Erläuterungen:

Bisher wurden sämtliche Daten dezentral bei den Gemeinschaften und Stammgemeinschaften gespeichert. Neu sollen strukturierte Daten (z.B. Medikationsdaten) in einer vom Bund betriebenen zentralen Datenbank abgespeichert werden. Dies soll einen raschen und vollständigen Zusammenzug der strukturierten Daten zu entsprechenden Dokumenten (z.B. Medikationsplan) ermöglichen.

Mit einer zentralen Datenbank würde sich die Aktualität der strukturierten Daten sowie die Performance des Systems besser gewährleisten lassen. Anstatt dass diese Daten dezentral von allen Stammgemeinschaften und Gemeinschaften ad hoc zusammengezogen werden müssen, können sie von der zentralen Datenbank abgerufen werden. Wie bereits im Postulatsbericht Wehrli erläutert, wird der Umsetzung dieser Massnahme für die Weiterentwicklung des EPD eine grundlegende Bedeutung beigemessen, da der Nutzen des EPD damit erheblich erhöht werden soll.

Geltendes Recht	Art. 14 Technische Komponenten [...]	
Vorentwurf EPDG	Art. 14 Zentrale Komponenten 1. Der Bund betreibt die folgenden zentralen Komponenten: [...] d. eine Datenbank zur Speicherung von strukturierten Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten. 3. Er [der Bundesrat] legt zudem fest, welche Daten in der Datenbank zur Speicherung von strukturierten Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten und im Widerspruchsregister gespeichert werden.	
Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Art. 14 Abs. 1 Bst. d und Abs. 3 V-EPDG	---	H+ stimmt diesem Vorschlag zu. Die überwiegende Mehrheit der H+ Mitglieder unterstützt diese Massnahme. Es handle sich um eine zentrale Massnahme, um aus dem heutigen EPD ein nutzenbringendes Tool zu machen. Sie würde den Mehrnutzen und die Usability des EPD klar fördern. Für gewisse Use Cases und aufbauende Mehrwertanwendungen wie z.B. das Erstellen eines aktuellen Medikationsplanes inkl. Wechselwirkungsprüfung ist eine zentrale Datenhaltung notwendig. Am Beispiel dieser vorgeschlagenen Massnahme werde deutlich, dass ein natürliches Monopol vorliegen würde, was die Forderung nach einer einzigen Stammgemeinschaft mit einer zentralen Datenbank begründe. Die Aufrechterhaltung der dezentralen Stammgemeinschaften trotz gegenteiligem Auftrag des Parlaments sei unverständlich. Der Wettbewerb der Systeme in den ersten Jahren kann jetzt dazu führen, eines der Systeme zu wählen und dieses für alle umzusetzen. Dann brauche es auch keine Doppelstruktur mit dezentralen Stammgemeinschaften und einer zentralen Datenbank.

		<p>Wichtige technische Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stammdaten zu Patienten wie Versicherungsnummer, Wohnort, E-Mail und Telefonnummer müssen vorhanden sein. • Standards und die Integration in bestehende Klinikinformations- und Praxis-systeme sind notwendig, um den administrativen Aufwand zu minimieren. • Es ist zu beachten, dass die strukturierten Daten noch nicht erarbeitet sind (Impfausweis, eMedikation etc.). Via Webportal können nur PDFs auf die Stammgemeinschaften heruntergeladen werden, bzw. es gibt nur PDFs. Die Umsetzung mit strukturierten Daten muss finanzierbar sein. <p>Sodann wird vorgeschlagen, Art. 14 Abs. 2 Bst. a wie folgt zu ergänzen:</p> <p style="padding-left: 40px;">Er [der Bundesrat] legt zudem [...] die Anforderungen an die zentralen Komponenten und ihre Schnittstellen fest.</p> <p><u>Begründung:</u> Die fehlende Interoperabilität der KIS und PIS ist für die Förderung der Zusammenarbeit eines der zentralen Hemmnisse. Will man zukünftig in der Lage sein, Informationen in strukturierter Form einfach austauschen und nutzen können, ist eine standardisierte Schnittstelle (FHIR API) zwingend notwendig. Aktuell zeigen die Anbieter keinerlei oder nur sehr wenig Interesse, einen solchen Standard zeitnah zu implementieren, oder sind technisch nicht in der Lage, dies zu tun. Es gibt aktuell keinen zwingenden und verbindlichen Standard zum Datenaustausch (FHIR) und keine zwingenden Schnittstellen (API) zwischen den Systemen. Dieser ist notwendig, um die Digitalisierung in der Schweiz voranzutreiben (FHIR basierte API) und ist einer der wichtigsten Schritte, welche politisch vorangetrieben werden müssen. Entsprechend sollte Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe a) wie oben vorgeschlagen ergänzt werden.</p>
--	--	---

1.23 Eckwert 7: Identifikationsmittel für den Zugang zum EPD

1.24

Erläuterungen:

Mit dem Bundesgesetz über den elektronischen Identitätsnachweis und andere elektronische Nachweise (VE-BGEID) will der Bundesrat die bundesweite E-ID einführen (geplant: 2025). Diese E-ID kann als ein weiteres Identifikationsmittel benutzt werden. Bestehende, nach EPDG zertifizierte Identifikationsmittel privater Herausgeber sollen jedoch auch weiterhin für das EPD genutzt werden können. Im Vorentwurf wird neu der Begriff «Identifikationsmittel» verwendet, damit Verwechslungen mit der geplanten E-ID des Bundes vermieden werden. Ausserdem wird mit dieser Anpassung der Einsatz weiterer technischer Hilfsmittel für den Zugriff bzw. das Login zum EPD ermöglicht. Gleichzeitig sieht der Bund mit dem vorliegenden Vorentwurf vor, dass in Zukunft auch die Stammgemeinschaften den Prozess der Identifikation und der Herausgabe des Identifikationsmittels übernehmen können. Somit würde im Gegensatz zum bisherigen Prozess die doppelte Identifikation entfallen (einmal bei der Stammgemeinschaft, einmal beim Herausgeber von Identifikationsmitteln). Letztlich entscheiden die Stammgemeinschaften, welche Identifikationsmittel für Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsfachpersonen benutzt werden.

Geltendes Recht	Art. 7 Elektronische Identität 1. Für die Bearbeitung von Daten im elektronischen Patientendossier müssen über eine sichere elektronische Identität verfügen: [...]	
Vorentwurf EPDG	Art. 7 Identifikationsmittel 1. Für die Bearbeitung von Daten im elektronischen Patientendossier müssen über ein sicheres Identifikationsmittel verfügen: [...] 2. Der Bundesrat legt die Anforderungen an die Identifikationsmittel und das Verfahren für deren Ausgabe fest. Art. 10 [...] 4 Stammgemeinschaften können Identifikationsmittel nach Art. 7 anbieten.	
Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Art. 7 Abs. 1 und 2; Art. 10 Abs. 4 V-EPDG	---	H+ stimmt diesem Eckwert zu. Die überwiegende Mehrheit der H+ Mitglieder stimmt dieser Massnahme zu. Es werden aber verschiedene Vorbehalte und Forderungen vorgebracht: <ul style="list-style-type: none"> • Die doppelte Identifikation ist heute einer der Hauptprobleme im Erstellungsprozess, dies muss auch einfacher und trotzdem sicher gehen. • Für den Zugang von Patientinnen und Patienten zum EPD ist das Vorgehen richtig. Hingegen ist für die Identifikation der Gesundheitsfachpersonen in angeschlossenen Gesundheitsinstitutionen die Notwendigkeit einer externen E-ID oder anderer elektronischer Identifikationen abzulehnen. • Die bundesweite E-ID ist eine Voraussetzung, um inaktive EPDs zu reduzieren. Der Aufwand für das derzeit vorgesehene Opt-Out-Modell ohne Bereitstellung einer bundesweiten E-ID würde in keinem Verhältnis zum Nutzen stehen.

		<ul style="list-style-type: none"> • La formulation pour le moyen d'identification sécurisé est beaucoup trop vague et pas de nature à rassurer la population. L'identité électronique souveraine doit être utilisée à terme. • Es sollten überall dieselben Identifikationsmittel verwendet werden, damit auch eine übergreifende (vereinheitlichte) Datentransformation von einer Stammgemeinschaft zur anderen Stammgemeinschaft gewährleistet werden kann. <p>Schliesslich noch ein technischer Hinweis bezüglich Umsetzung: Alle Spitäler identifizieren ihr Personal, und dieses untersteht sowohl dem Datenschutzgesetz als auch der Schweigepflicht, ebenso hat es bereits Zugang zu hochsensitiven Patientendaten. Erfolgt die Anmeldung in einem gesicherten Spitalnetzwerk von authentifizierten Geräten aus, muss ein Standardanmeldeverfahren integrierbar sein, um Prozessabläufe zu vereinfachen und rasche Zugriffe auch in Notfällen zu ermöglichen.</p> <p>Es braucht eine staatliche eID für alle Healthcare Professionals (HCP) inklusive Zulassungs- und Spezialisierungsinformationen (MedReg Informationen), die technisch (O-Auth/OpenID connect) mit mehreren IDs der Spitäler verlinkt werden kann, so dass ein nahtloses, automatisches Single Sign On ermöglicht wird. Die jetzige public-private Partnership Lösung ist ungenügend und verunmöglicht für die Leistungserbringer häufig vorkommende Doppelstellungen und Kooperationen, in denen Ärzte und Ärztinnen in mehreren Organisationen registriert sind und darum ihre HIN eID nicht mehrfach einsetzen können, weil HIN das technisch nicht kann. Weiter ist es stossend, dass HCP mit ausländischem Bürgerrecht nur mittels Ausländerausweis identifiziert werden können. Eine nationale Identitätskarte reicht aktuell nicht aus für den Identifikationsprozess.</p> <p>Bezüglich Forderung, ein kollektives Onboarding zu ermöglichen, siehe Vorschlag unter «Weitere Kommentare» unten.</p>
--	--	---

1.25 Eckwert 8: Gesundheitsanwendungen

1.26

Erläuterungen:

Der Zugriff auf Daten im EPD über konventionelle Web-Applikationen ist im EPDG, in der EPDV und in der EPDV-EDI bereits geregelt. Neu sollen Patientinnen und Patienten auch via Gesundheitsanwendungen auf ihr EPD zugreifen können. Eine Gesundheitsanwendung ist eine Applikation, mit der medizinische Daten beispielsweise über ein Smartphone oder ein medizinisches Gerät (z.B. Insulin-Messgerät) im EPD gespeichert und/oder abgerufen werden können (Art. 9b). Online-Portale oder Anwendungen von Krankenversicherern, die es Patientinnen und Patienten beispielsweise ermöglichen, Dokumente wie Leistungsabrechnungen abzurufen, sind definitionsgemäss von Gesundheitsanwendungen abzugrenzen, da sie sich auf administrative Dokumente im Zusammenhang mit der OKP oder der Zusatzversicherung beziehen und nicht medizinische oder behandlungsrelevante Daten betreffen. Da das EPD mit der Abstützung auf Artikel 117 Absatz 1 BV als Instrument der OKP gelten soll, sollen Krankenversicherer die Möglichkeit erhalten, administrative Dokumente im Zusammenhang mit der Durchführung der OKP ins EPD ihrer Versicherten hochzuladen (Art. 9a). Krankenversicherer würden dabei zu keinem Zeitpunkt die Möglichkeit erhalten, in Daten eines EPD einzusehen. Damit Krankenversicherer diese Online-Portale im beschriebenen Sinn nutzen können, braucht es die Zustimmung der Versicherten (Art. 10 Abs. 2 Bst. e).

Geltendes Recht

Vorentwurf EPDG

Art. 9a (Abschnitt Krankenversicherer)

- 1 Die Krankenversicherer können mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten administrative Dokumente im Zusammenhang mit der Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie der Zusatzversicherung im elektronischen Patientendossier speichern.
- 2 Der Bundesrat legt fest, welche Daten die Krankenversicherer im elektronischen Patientendossier speichern dürfen.

Art. 9b (Abschnitt Gesundheitsanwendungen für Patientinnen und Patienten)

- 1 Patientinnen und Patienten können mittels Gesundheitsanwendungen über eine Standardschnittstelle auf ihre Daten im elektronischen Patientendossier zugreifen oder darin Daten erfassen.
- 2 Der Bundesrat legt die Anforderungen an die Standardschnittstelle für Gesundheitsanwendungen und die Grundeinstellung, auf Daten welcher Vertraulichkeitsstufe die Gesundheitsanwendungen wie lange zugreifen dürfen, fest. Die Patientin oder der Patient kann diese anpassen.

Art. 10 (Abschnitt Aufgaben und Angebote der Gemeinschaften und der Stammgemeinschaften)

[...]

- 2 Stammgemeinschaften müssen zusätzlich den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit geben:

[...]

d. mittels Gesundheitsanwendungen über eine Standardschnittstelle auf ihre Daten im elektronischen Patientendossier zuzugreifen oder darin Daten zu erfassen;

e. die Einwilligung zum Speichern von administrativen Dokumenten der Krankenversicherer nach Artikel 9a zu erteilen;

[...]

Artikel

Art. 9a, Art. 9b und Art. 10 Abs. 2 Bst. d und e V-EPDG

Antrag

Begründung / Bemerkung

H+ stimmt diesem Eckwert zu.

Diese Massnahmen erzeugt einen Mehrwert bzw. bringt viel Potential mit sich. Eine Zertifizierung der Gesundheitsanwendungen ist zu überlegen, um gewisse Standards gewährleisten zu können.

		<p>Die vorgeschlagene Zugriffsmöglichkeit der Versicherer auf das EPD wird teils positiv, teils kritisch bis ablehnend beurteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Krankenversicherer müssen verpflichtet werden, die Rechnungen hochzuladen, dann ist das Problem der Rechnerkopien gelöst. Auch administrative Stammdaten zu den Versicherten müssen enthalten sein. Es würden jährlich Millionen Franken verbraten werden, weil in der Schweiz keine zentrale Datenbank mit den Stammdaten existiere. • Mit der Speicherung von Daten der Versicherer und dem Zugang der Versicherer zum EPD wird die Akzeptanz in der Bevölkerung stark abnehmen. Der Zugriff für Krankenversicherer könnte die Patienten abschrecken und allenfalls den Widerspruch gegen ein EPD auslösen. • Die neu vorgesehene Schnittstelle EPD zu Krankenversicherern (Art. 9a und 10 Abs. 2 lit e) ist ein erstes Einfallstor für Krankenkassen ins EPD. Grundsätzlich könnte es zwar sinnvoll sein, Rechnerkopien in das EPD zu stellen, dies ist jedoch mit Risiken verbunden. Auch wenn heute zugesichert wird, dass die Kassen keinen Zugriff aufs EPD erhalten, birgt diese Massnahme das Risiko, das Vertrauen ins EPD grundsätzlich zu gefährden. Dafür ist das EPD noch nicht gefestigt genug. • Wie ist die Sicherstellung gewährleistet, dass Krankenversicherer nicht auf Patientendaten zugreifen können? Eine klare Festlegung wird nicht erwähnt. Was passiert, wenn die Krankenversicherer dennoch Zugriff zu Patientendaten erhalten? Was sind die Auswirkungen für die Krankenversicherer oder die Patienten? • Die Komplexität wird immer grösser. Es gehören deshalb nur Behandlungsdaten ins EPD. • Les assureurs ne doivent aucunement être impliqués de prêt ou de loin dans le DEP.
--	--	---

1.27 Eckwert 9: Neuregelung Abfragedienst (Metadatenindex MDI)

1.28

Erläuterungen:

Der Bund betreibt die sogenannten «zentralen Abfragedienste», die für die technische Kommunikation zwischen Gemeinschaften und Stammgemeinschaften notwendig sind. Eines dieser Abfragedienste ist der Metadatenindex (MDI). Im MDI sind alle gültigen und verpflichtend zu verwendenden Attribute bei der Registrierung von EPD-Dokumenten aufgelistet. Neu soll der MDI nicht nur Daten enthalten, welche für die EPD-Grundfunktionalität notwendig sind, sondern auch für Anwendungsfälle, die über das EPD hinausgehende, einheitliche semantische Standards benötigen. Beispiel für einen solchen Anwendungsfall: Ein behandelnder Arzt verordnet für eine Patientin eine radiologische Untersuchung. Die Verordnung wird nicht im EPD abgelegt, sondern direkt zwischen den Leistungserbringern ausgetauscht. Nach der radiologischen Untersuchung werden die Befunddokumentation und das Röntgenbild zwischen den Gesundheitsfachpersonen ausgetauscht. Der behandelnde Arzt stellt die Diagnose, welche erst zu diesem Zeitpunkt zusammen mit den Radiologiedaten im EPD abgelegt wird. Der MDI wird mit dieser vorgeschlagenen Änderung vom reinen Abfragedienst im EPD-Kontext zu **einem nationalen Terminologie-Server im Kontext des ganzen Gesundheitswesens**. Damit soll einem breit abgestützten Bedürfnis im Gesundheitswesen entsprochen werden, einheitliche semantische Standards durch eine zentrale Stelle zur Verfügung zu stellen.

Geltendes Recht	Art. 14 Technische Komponenten [...]	
Vorentwurf EPDG	Art. 14 Zentrale Komponenten [...] 4 Der Bundesrat kann die Kantone und Dritte berechtigen, auf bestimmte Abfragedienste zuzugreifen oder Daten darin zu erfassen. Er legt die Zugriffsrechte fest.	
Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Art. 14 Abs. 4 V-EPDG	---	<p>H+ stimmt diesem Eckwert zu.</p> <p>Die H+ Mitglieder unterstützen diese Massnahme grossmehrheitlich. Einheitliche Metadaten seien eine Grundvoraussetzung für semantische Interoperabilität und deshalb zu unterstützen, solange sie sich an internationalen Standards orientieren. So wäre eine semantische Standardisierung nach WHO sehr zu begrüssen, während im Gegenzug auf ein weiteres «swiss finish» verzichtet werden könne. Es sei ausserdem sinnvoll, dass auch Dritte erwähnt würden, was eine Delegation ermögliche.</p> <p>Eine ablehnende Stimme – eines ernstzunehmenden Digitalisierungs-Pioniers – sieht in dieser Massnahme den Vorboten eines Orwell-Staates.</p>

1.29 Eckwert 10: Auslagerung Aufgaben

1.30

Erläuterungen:

Neu sollen die Rechtsgrundlagen dahingehend angepasst werden, dass der Bund bestehende und weitere Aufgaben an Dritte auslagern kann. Bei bestehenden Aufgaben handelt es sich insbesondere um Informations-, Koordinations- und Evaluationsaufgaben nach den Artikeln 15, 16 und 18 EPDG. Bei den weiteren Aufgaben handelt es sich um technische Aufgaben wie der Betrieb der Abfragedienste (s. Art. 14 Abs. 1 Bst. a), der Betrieb des nationalen Kontaktpunktes (s. Art. 14 Abs. 1 Bst. b), der Betrieb des Widerspruchsregisters (s. Art. 14 Abs. 1 Bst. c) oder der Betrieb zentrale Datenbank zur Speicherung von strukturierten Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten (Art. 14 Abs. 1 Bst. d). Bei diesen Aufgaben kann es zweckmässig und ökonomisch sinnvoll sein, diese an Organisationen oder Personen mit speziellem Fachwissen zu übertragen.

Geltendes Recht	Art. 19 Übertragung von Aufgaben. [...]	
Vorentwurf EPDG	Art. 19 Übertragung von Aufgaben. 1 Der Bundesrat kann die folgenden Aufgaben auf Organisationen und Personen des öffentlichen oder privaten Rechts übertragen: a. den Betrieb der Abfragedienste nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe a; b. den Betrieb des nationalen Kontaktpunktes nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b; c. den Betrieb des Widerspruchsregisters nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe c; d. den Betrieb der Datenbank zur Speicherung von strukturierten Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe d; e. die Information nach Artikel 15; f. die Koordination nach Artikel 16. 1 ^{bis} Der Bundesrat legt fest: a. die Aufsichtsmittel; b. die Anforderungen an den Datenschutz, die die beigezogenen Dritten zu erfüllen haben. 2 Die beigezogenen Dritten können von den Gemeinschaften und Stammgemeinschaften für den Bezug von Referenzdaten oder für den grenzüberschreitenden Abruf von Daten Gebühren erheben. 2 ^{bis} Der Bund schliesst mit den beigezogenen Dritten einen Leistungsauftrag ab. Darin ist insbesondere Folgendes festzulegen: a. Art, Umfang und Abgeltung von Leistungen, die von den Dritten zu erbringen sind; b. die Modalitäten für eine periodische Berichterstattung, Qualitätskontrolle, Budgetierung und Rechnungslegung; c. die allfällige Erhebung von Gebühren.	
Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Art. 19 Abs. 1 Bst. a, b, c, d, e und f; Art. 19 Abs. 1bis, 2 und 2bis V-EPDG	Empfehlung von H+: Art. 19 ist wie folgt zu ergänzen: Bst. g: «Bearbeitung von Gesuchen und Datenbekanntgabe an Dritte für die Forschung und Qualitätssicherung nach Artikel 19f und 19g»	H+ stimmt diesem Eckwert mit Vorbehalt zu. Es ist nicht sinnvoll, dass das BAG alle Kompetenzen selbst aufbaut, aber es muss eine Kontrollfunktion ausüben. Es muss auch eine Delegationsnorm im Bereich der Zurverfügungstellung von EPD-Daten für die Forschung und für Qualitätsentwicklungen geschaffen werden. H+

		<p>fordert eine zusätzliche Bestimmung: Art. 19 Bst. g «Bearbeitung von Gesuchen und Datenbekanntgabe an Dritte für die Forschung und Qualitätssicherung nach Artikel 19f und 19g».</p> <p>Weiter ist zu fordern, dass Leistungserbringer bei der Vergabe von Leistungsaufträgen einzubeziehen sind, damit Anforderungen an Klinikinformationssysteme und Schnittstellen berücksichtigt werden.</p> <p>Eine kritische Stimme warnt, dass sensible Daten nicht in die Hände Dritter gehören.</p>
--	--	---

1.31 Eckwert 11: Pilotprojekte

1.32

Erläuterungen:
Mit dem vorliegenden Vorentwurf soll die Durchführung von Pilotprojekten, mit denen zeitlich und räumlich befristet vom geltenden EPDG abgewichen werden kann, ermöglicht werden. Die Pilotprojekte sollen dabei insbesondere zur Erprobung neuer Funktionalitäten, die zur Nutzung und Akzeptanz sowie zur Weiterentwicklung des EPD beitragen.

Geltendes Recht --

Vorentwurf EPDG

Art. 19h

- 1 Das EDI kann nach Anhörung der interessierten Kreise Pilotprojekte zur Erprobung neuer Funktionalitäten, die zur Nutzung und Akzeptanz sowie zur Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers beitragen, bewilligen.
- 2 Pilotprojekte, die einen der folgenden Bereiche betreffen, dürfen von Bestimmungen dieses Gesetzes abweichen:
 - a. Anforderungen an die Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers;
 - b. Verwendungszwecke der Patientenidentifikationsnummer;
 - c. Verwendung des Identifikationsmittels;
 - d. Zugriffe für Patientinnen und Patienten sowie für Gesundheitsfachpersonen;
 - e. Zugriffe für Gesundheitsanwendungen nach Artikel 9b;
 - f. Verwendung der zentralen Komponenten nach Artikel 14.
- 3 Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt.
- 4 Das EDI legt in einer Verordnung die Abweichungen von diesem Gesetz und von dessen Ausführungsbestimmungen sowie die Rechte und Pflichten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Projekts fest.
- 5 Wer Pilotprojekte durchführt, muss sicherstellen, dass die Teilnahme an einem Pilotprojekt freiwillig ist.

Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Art. 19h V-EPDG	---	<p>H+ lehnt diesen Eckwert ab.</p> <p>H+ erachtet diese Massnahme als überflüssig, weil a) das EPD als Instrument des KVG positioniert werden soll und b) das KVG mit Art. 59b bereits Pilotprojekte vorsieht, die u.a. der Förderung der</p>

		<p>Digitalisierung dienen (Art. 59b Abs. 2 Bst. g). Die hier vorgeschlagene zusätzliche Einschränkung der Pilotprojekte auf sehr begrenzte Bereiche des EPD ist kontraproduktiv und wird die Motivation, Pilotprojekte zu beantragen, deutlich dämpfen. Die Motivation, Pilotprojekte im Bereich des KVG zu beantragen, wurde durch eine ausgesprochen bürokratische Ausgestaltung des Umsetzungsrechts von Art. 59b KVG bereits deutlich herabgesetzt und sollte hier nicht nochmals eingeschränkt werden.</p> <p>Einzelne Mitglieder befürworten diesen Eckwert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Approbation de cet article à la condition que le financement des pilotes soit entièrement pris en charge par la Confédération. • Le DEP Suisse a suffisamment de retard pour ne pas être encore davantage pénalisé par l'absence de soutien à l'innovation et au projet pilote. En ce sens, l'article est valable. • Zustimmung zum Vorentwurf EPDG, da auf Basis der aktuellen gesetzlichen Grundlagen im EPDG keine Pilotprojekte im EPD-Kontext durchgeführt werden können. • Die Möglichkeit zu Pilotprojekten ist u.E. nicht so negativ, wie es H+ beurteilt. Der Experimentierartikel ist tatsächlich in der Umsetzung gescheitert. Wieso nicht ein neuer Versuch? Vorgaben sind nicht einschränkend und können einen neuen Ansatz bedeuten.
--	--	--

<h3>1.33 Eckwert 12: Vertretung</h3>	
<h4>1.34</h4>	
<p>Erläuterungen: Der Vorentwurf regelt explizit, wer für minderjährige Personen und urteilsunfähige Personen ein EPD eröffnen beziehungsweise den Widerspruch einlegen kann. So wird vorgeschlagen, dass urteilsfähige minderjährige Personen, die das 16. Altersjahr vollendet haben, selbständig über die Eröffnung, Schliessung und die Erklärung des Widerspruchs entscheiden können. Die Regelung basiert auf den Richtlinien zur Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). In Ausnahmesituationen, in denen eine mögliche Gefährdung von unter 16-jährigen Kindern oder eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht die Folge wäre, soll eine Gesundheitsfachperson von der Pflicht entbunden werden, die behandlungsrelevanten Daten im EPD zur Verfügung zu stellen. Entsprechende Regelungen sollen im Ausführungsrecht vorgesehen werden.</p>	
Geltendes Recht	--
Vorentwurf EPDG	Art. 8a Gesetzliche Vertretung

	<p>1 Minderjährige Personen werden bis zum 16. Altersjahr durch ihren gesetzlichen Vertreter vertreten. Sind sie zu diesem Zeitpunkt urteilsunfähig, dauert die gesetzliche Vertretung bis zur Volljährigkeit.</p> <p>2 Für volljährige urteilsunfähige Personen gelten die Vorschriften über die Vertretung bei medizinischen Massnahmen im Erwachsenenschutz sinngemäss.</p> <p>3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten des Verfahrens zur Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers von vertretenen Personen, des Zugangs der Vertretung zum elektronischen Patientendossier und das Verfahren bei Beendigung der Vertretung.</p>	
Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Art. 8a V-EPDG	<p>H+ empfiehlt: Die Regelung der Zugriffsrechte bei Minderjährigen ist nochmals zu prüfen und mit der Praxis abzustimmen.</p>	<p>H+ stimmt diesem Eckwert mit Vorbehalt zu.</p> <p>Die Festlegung der Regelung bei minderjährigen und urteilsunfähigen Personen wird grundsätzlich begrüsst.</p> <p>Es werden jedoch Ergänzungen gefordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alinéa à ajouter : Dès l'âge de 16 ans révolus la représentation des personnes mineures capables de discernement prend automatiquement fin. Elles sont néanmoins informées qu'elles peuvent la maintenir jusqu'à l'âge de 18 ans. • Die Selbstbestimmung und Schutz von unter 16jährigen muss erweitert werden. In der Praxis ergeben sich schon heute Probleme beim Recht Minderjähriger auf informationelle Selbstbestimmung. Die Möglichkeit der Eltern, auf Behandlungsdaten der Kinder zuzugreifen, ist schon vor dem vorgesehenen Alter 16 kritisch. Die aktuellen Regelungen müssen deshalb nochmals geprüft und genauer geregelt werden. Auch unter 16-Jährige haben das Recht, Behandlungen/Beratungen vor den Eltern zu verschweigen. Eine persönliche Freigabe bzw. Sperrung durch die Betroffenen oder die Behandelnden ist nicht mit der Tiefenintegration (automatischer Upload) vereinbar. Ausserdem bedingt sie eine hohe Datenkompetenz bei Jugendlichen, die nicht einfach vorausgesetzt werden kann. Forderung: ,Die Regelung der Zugriffsrechte bei Minderjährigen ist nochmals zu prüfen und mit der Praxis abzustimmen!

1.35 Eckwert 13: Administrative Dokumente der Krankenversicherer

1.36

Erläuterungen:

Der Vorentwurf sieht vor, dass Krankenversicherer administrative Dokumente (z. B. Rechnungskopien) mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten im EPD ablegen können. Die Krankenversicherer haben weiterhin keinen lesenden Zugriff auf das EPD, insbesondere sie erhalten keine Einsicht in die Daten des EPD (siehe auch Ausführungen oben unter Eckwert 8 «Gesundheitsanwendungen»).

Geltendes Recht

--

Vorentwurf EPDG

Art. 9a (Abschnitt *Krankenversicherer*)

- 1 Die Krankenversicherer können mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten administrative Dokumente im Zusammenhang mit der Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie der Zusatzversicherung im elektronischen Patientendossier speichern.
- 2 Der Bundesrat legt fest, welche Daten die Krankenversicherer im elektronischen Patientendossier speichern dürfen.

Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Art. 9a V-EPDG	---	<p>Die Meinungen zu diesem Eckwert sind geteilt.</p> <p>Wie schon unter Eckwert 8 «Gesundheitsanwendungen» aufgeführt, wird der Zugang der Krankenversicherer zum EPD teil positiv, teil kritisch bis ablehnend beurteilt.</p> <p><u>Zustimmung</u> Es existiert bereits eine Pflicht, den Patienten Rechnungskopien zuzustellen. Deshalb sind die Rechnungskopien zwingend ins EPD abzulegen. Der Patient kann diese Rechnung für andere freigeben.</p> <p><u>Zustimmung mit Vorbehalt</u> Einem Zugang könne unter der Bedingung zugestimmt werden, dass eine klare Unterscheidung zwischen administrativen und medizinischen Dokumenten vorgenommen werde. Es wird eine «Einbahnstrasse (und ausschliesslich Einbahnstrasse)» unter Berücksichtigung des Patientenwillen gefordert. Es sind folgende Fragen zu klären: Wie ist die Sicherstellung gewährleistet, dass Krankenversicherer nicht auf Patientendaten zugreifen können? Eine klare Festlegung ist nicht erwähnt. Was passiert, wenn die Krankenversicherer dennoch Zugriff zu Patientendaten erhalten? Wie wird der Patient geschützt?</p> <p><u>Ablehnung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Vermischung von Medizinischen Dokumentation und Administrativen Dokumentationen ist nicht sinnvoll.

		<p>Krankenkassen-Dokumente gehören nicht ins EPD.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Nutzen für's Spital ist unklar. Einzige Ausnahme: Versicherungsstatus. • Les assureurs maladie doivent rester explicitement exclus du DEP. Tout ajout même restreint créerait des confusions néfastes et légitimes dans l'esprit des patients. • Die Krankenversicherer sollten grundsätzlich keinen Zugang zum EPD erhalten. Nur so können Zweifel widerlegt werden. • Die Krankenversicherer sollen nicht auch noch an das EPD angeschlossen werden müssen. Man bedenke hier die Kosten.
--	--	---

1.37 Eckwert 14: Zugang für Kantone zum Health Provider Directory (HPD)

1.38

Erläuterungen:

Beim Health Provider Directory (HPD) handelt es sich um das nationale Verzeichnis aller Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen, die Zugang zum EPD-Vertrauensraum haben, weil sie einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft angeschlossen sind. Mit dem Vorentwurf soll den Kantonen der Zugang zum HPD ermöglicht werden. So können die Kantone einsehen, welche Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft angeschlossen sind und somit auch ihrer Aufsichtsfunktion gemäss dem in der Vorlage vorgeschlagenen neuen Artikel 59a^{bis} Absatz 2 VE-KVG nachkommen (siehe Eckwert 1).

Geltendes Recht	Art. 14 Technische Komponenten [...]	
Vorentwurf EPDG	Art. 14 Zentrale Komponenten [...] 4 Der Bundesrat kann die Kantone und Dritte berechtigen, auf bestimmte Abfragedienste zuzugreifen oder Daten darin zu erfassen. Er legt die Zugriffsrechte fest.	
Artikel	Antrag	Begründung / Bemerkung
Art. 14 Abs. 4 V-EPDG	---	<u>H+ lehnt diesen Eckwert ab.</u> Eckwert 14 ist eine Spezialisierung von Eckwert 9 und durch diesen bereits möglich. Deshalb ist Eckwert 14 überflüssig und kann gestrichen werden.

1.39 Weitere Kommentare

Rollenkonflikte der Kantone vermeiden

Zentral für eine erfolgreiche Revision ist der Aufbau einer Governance, die der Aufgabe gerecht wird und gleichzeitig Interessenkonflikte ausschliesst. Der vorliegende Entwurf der umfassenden Revision des EPDG erfüllt diese Anforderung wiederum nicht: Die Kantone, die sowohl finanziell als auch personell in den grossen Stammgemeinschaften in der Verantwortung stehen, sollen gemäss Entwurf darüber entscheiden, bei welcher Stammgemeinschaft «seine» Einwohner/innen angemeldet werden. Dies wird im Wesentlichen zu regionalen Monopolsituationen führen, die diskriminierungsanfällig sind. Die Kantone werden Prioritäten und Ressourcen dort einsetzen, wo sie den kantonseigenen Leistungserbringern (z.B. Kantonsspitäler) nützlich sind. Den privaten ambulanten und stationären Leistungserbringern droht ein zusätzlicher Nachteil im Wettbewerb mit den staatlich protegierten Anbietern.

Die Revision des EPDG ist dahingehend zu ergänzen, dass die personelle und finanzielle Entflechtung der Stammgemeinschaften von den Kantonen zwingende Voraussetzung für eine Zertifizierung als Stammgemeinschaft werden muss. Zudem müssen die Einwohner/innen das Recht auf freie Wahl der Stammgemeinschaft erhalten, so wie es bereits für die Personen mit der Möglichkeit einer freiwilligen Eröffnung vorgesehen wird.

Art. 12 Abs. 2 (statt Abs. 2 gem. bisherigem Recht, aktueller Abs. 2 wird Abs. 3):
«Voraussetzung für die Zertifizierung ist insbesondere der Nachweis der personellen und finanziellen Unabhängigkeit von kantonalen Behörden.»

Art. 19 Abs. 1 Neuer Artikel 19 Abs. 1ter:
«Ausgeschlossen von der Übertragung von Aufgaben sind Organisationen privaten oder öffentlichen Rechts, die personell, finanziell oder organisatorisch verbunden sind mit kantonalen oder Bundesbehörden».

Kollektives Onboarding

Es braucht ein kollektives Onboarding des Personals der Institutionen der Gesundheitsversorgung. Es soll neu ein kollektives Onboarding für akkreditierte GFPs (in MedReg/NAREG eingetragene Fachpersonen) vorgesehen werden. In den angeschlossenen Gesundheitseinrichtungen erhalten diese GFP automatisch Zugang zum EPD - analog zur ELGA-Lösung in Österreich. Eine externe eID oder ein Eintrag im HPD der Stammgemeinschaft ist für die einzelnen GFPs dann nicht notwendig. Ausserdem muss es möglich sein, dass die Verwaltung des EPD und Uploading von Dokumenten in einer Klinik von einer eigens dafür vorgesehenen Person gemacht wird, die nicht in direktem Kontakt mit der Patient:in steht. Die Erteilung von Berechtigungen durch die Patient:innen ist nicht auf Ebene einzelner GFP im Spital zu machen, sondern für das gesamte Spital.

Da der Begriff für die Institutionen bereits existiert (siehe EPDV => **Gesundheitseinrichtungen**, kurz GE), soll mit Bezugnahme auf diese Terminologie Art. 7 Abs. 1 Bst. b des EPDG wie folgt ergänzt werden:

- «b. Gesundheitsfachpersonen. Gesundheitseinrichtungen, welche einer Stammgemeinschaft angeschlossen sind, verwalten die Identifikationsmittel der Gesundheitsfachpersonen, welche bei ihnen in einem Anstellungsverhältnis stehen und in einem nationalen Gesundheitsberufe-Register ohne Vorbehalte eingetragen sind.»

Définition « Auxiliaire de santé »

La définition de ce qui détermine un auxiliaire de santé (assistantes-médicales, secrétaires médicales, etc.) a fait l'objet d'une définition non-satisfaisante de la part de l'OFSP, jusqu'à présent. En effet, elle est trop restrictive notamment pour de grandes institutions et ne permet pas la délégation de tâches à du personnel administratif du moment que ce dernier n'applique pas de traitement directement au patient. Une formulation d'un article 2 lettre b) bis pourrait avoir la teneur suivante :

Art. 1 let. b Auxiliaire de santé : professionnel administratif du domaine de la santé agissant pour le compte et sous la responsabilité d'un professionnel de santé reconnu au sens de l'art. 2 lettre b) de la LDEP.

Notification d'un nouveau document dans le DEP

A l'heure actuelle, le patient n'est pas notifié par le DEP de l'arrivée d'un nouveau document le concernant dans son DEP. La Poste éditeur unique du DEP se refuse à implémenter cette fonctionnalité pourtant fort banale au prétexte que la loi ne l'oblige pas de le faire. A ce titre, dans le cadre de la révision, l'ajout suivant à l'article 10 al. 2 lettre b) serait utile : ...

Art. 10, al. 2, let. b, chiffre 4

« ... d'être notifié lorsque une nouvelle donnée est déposée dans leur DEP ».