

Die Position der FMH

## Elektronisches Patientendossier (EPD)

Stand: 5. Mai 2021

### Inhaltsverzeichnis

<b>1. Summary</b> .....	<b>2</b>
<b>2 Einführung</b> .....	<b>2</b>
<b>3 Grundsätzliche Position zum elektronischen Patientendossier</b> .....	<b>3</b>
<b>4 Position zum Begriff «behandlungsrelevante Daten»</b> .....	<b>4</b>
4.1 Begriffsbezeichnung und -definition von «behandlungsrelevanten Daten» .....	4
4.2 Prinzip der Verhältnismässigkeit muss beachtet werden .....	5
4.3 Vollständigkeit der im EPD enthaltenen behandlungsrelevanten Informationen ...	5
<b>5 Position zu technischen Aspekten des elektronischen Patientendossiers</b> .....	<b>5</b>
5.1 Verhältnismässiger Aufwand der Authentifizierung beim Zugriff auf das EPD .....	5
5.2 Einfacheres Zugriffsberechtigungskonzept .....	6
5.3 Auffinden von Informationen im EPD .....	7
<b>6 Position zur Vergütung von Leistungen im Kontext des elektronischen Patientendossiers</b> .....	<b>7</b>
6.1 Zusatzaufwände für die Ärzteschaft .....	7
6.2 Ungenügende Abrechnungsmöglichkeiten .....	8
6.3 Ungedeckte Investitions- und Betriebskosten .....	9
6.4 Adäquate Vergütung von Leistungen im Rahmen des EPD gefordert .....	9
<b>7 Quellen</b> .....	<b>10</b>

## 1. Summary

Die FMH unterstützt die Ärzteschaft bei der digitalen Transformation zur Verbesserung der Qualität, Betriebswirtschaftlichkeit und des Datenschutzes in der Gesundheitsversorgung. Im Bereich der Digitalisierung haben Bund und Kantone eine Strategie «eHealth Schweiz» verabschiedet, welche die Verbreitung des elektronischen Patientendossiers (EPD) zum Ziel hat.

Mit dem EPD sollen die Qualität der medizinischen Behandlung gestärkt und die Behandlungsprozesse verbessert werden. Weitere Ziele sind die Erhöhung der Patientensicherheit, die Effizienzsteigerung des Gesundheitssystems sowie auch die Förderung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten. Um diese Ziele zu verwirklichen, muss sich das EPD auch an den Bedürfnissen der Ärzteschaft ausrichten.

Hinsichtlich der Umsetzung des EPD ist festzustellen, dass es sich lediglich um ein statisches Gefäss handelt, welches für die Speicherung von Dokumenten ausgelegt ist, und für dessen Aufbau bislang enorme finanzielle Aufwände geleistet wurden. Die Unterstützung weiterer Prozesse wie eine elektronische Verordnung oder eine Übersicht über die bisherige und aktuelle Medikation wird mit der derzeitigen Gesetzesgrundlage verunmöglicht: das EPD ist nicht in der Lage, die Prozesse der medizinischen Behandlung vollumfänglich abzubilden und zu unterstützen.

Damit das EPD von Ärztinnen und Ärzten genutzt wird, muss dessen Anwendung praxistauglich sein, in die Arbeitsabläufe integriert werden können und im Vergleich zur bisherigen Arbeitsweise einen Mehrwert bieten. Weiterhin müssen die zusätzlichen Aufwände, welche bei der Bewirtschaftung des EPD durch Ärztinnen und Ärzte anfallen, in adäquater Weise vergütet werden.

Das vorliegende Positionspapier widerspiegelt die Haltung der FMH hinsichtlich der Nutzung des EPD durch Ärztinnen und Ärzte. Es enthält Empfehlungen, welche der Ärzteschaft als praktische Entscheidungshilfe im Umgang mit dem EPD dienen sollen. Weiter adressiert es juristische Fragestellungen, welche bei der Anwendung des EPDs relevant sein können.

Die FMH nimmt nachfolgend Stellung zum Begriff sowie auch zur Erfassung und zum Auffinden von behandlungsrelevanten Informationen im EPD. Weiterhin äussert sie sich zu technischen Fragestellungen im Kontext des EPD und fordert einen vereinfachten Zugriff für Ärztinnen und Ärzte sowie ein funktionales Berechtigungskonzept. Abschliessend folgen Ausführungen zur Vergütung der ärztlichen Leistungen sowie auch zur Forderung einer nachhaltigen Finanzierung und einer adäquaten finanziellen Abgeltung von Zusatzaufwänden, welche seitens der Ärztinnen und Ärzte bei der Nutzung des EPD entstehen.

## 2 Einführung

Das Bundesgesetz zum elektronischen Patientendossier (EPDG) wurde von den eidgenössischen Räten am 19. Juni 2015 erlassen und vom Bundesrat auf den 15. April 2017 in Kraft gesetzt. Gemäss der Zweckbestimmung des EPDG, ist das Ziel, die Qualität und Sicherheit der Patientenbehandlung sowie die Effizienz des Gesundheitssystems zu erhöhen sowie die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zu fördern. Für Spitäler und Psychiatrien ist eine Umsetzung des EPD seit April 2020 obligatorisch. Aufgrund der Komplexität des EPD sowie des aufwändigen Zertifizierungsverfahrens konnte das EPD nicht zum 15. April 2020 schweizweit eingeführt werden. Mit der ersten Zertifizierung einer Stammgemeinschaft<sup>1</sup> im November 2020 wird das EPD schrittweise in 2021 in Form eines Pilotbetriebs mit einer eingeschränkten Anzahl von Gesundheitseinrichtungen eingeführt.

<sup>1</sup> Bei der Stammgemeinschaft gemäss EPDG handelt es sich analog zur Gemeinschaft um einen Zusammenschluss von Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen. Im Gegensatz zu einer «normalen» Gemeinschaft bietet es den Patien-

Ab 2022 sind auch Geburtshäuser und Pflegeheime verpflichtet, sich einer zertifizierten EPD-Gemeinschaft anzuschliessen. Am 19. Juni 2020 hat das Parlament die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) verabschiedet. Mit der beantragten Neuregelung soll künftig von Ärztinnen und Ärzten verlangt werden, dass sie sich mit ihrer Zulassung einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des EPDG anschliessen<sup>2</sup>.

### 3 Grundsätzliche Position zum elektronischen Patientendossier

Die FMH setzt sich für digitale Anwendungen ein, welche zu einer Stärkung der Behandlungsqualität, zu erhöhter Patientensicherheit sowie zu mehr Effizienz und zum Abbau administrativer Hürden für Ärztinnen und Ärzten führen. Im Zusammenhang mit der Einführung des EPD und deren Weiterentwicklung im Sinne einer notwendigen Gesetzesrevision vertritt die FMH die folgenden grundsätzlichen Positionen:

- Das EPD ist primär eine Informationsplattform für Patientinnen und Patienten. Sie entscheiden selbst, welcher Gesundheitsfachperson sie Zugriff zu ihren Gesundheitsdaten gewähren. Daher kommt Patientinnen und Patienten im EPD eine zentrale Verantwortung und Mitwirkungspflicht zu.
- Das EPD ist aufgrund der gesetzlich vorgegebenen Architektur kein für Gesundheitsfachpersonen designtes Kommunikationsinstrument, da keine direkte Kommunikation mit anderen Gesundheitsfachpersonen möglich ist.
- Ein direkter Zugang zum EPD aus den Primärsystemen<sup>3</sup> mit möglichst weiterverwendbaren strukturierten Informationen ist eine grundlegende Voraussetzung für ein effizientes Arbeiten mit dem EPD. Für Ärztinnen und Ärzte ist die Benutzerfreundlichkeit des EPD zentral.
- Das EPD ist nur dann für die Behandlung der Patienten vollumfänglich nutzbringend, wenn die darin enthaltenen Informationen tagesaktuell und vollständig sind.<sup>4</sup>
- Damit das EPD innerhalb der Ärzteschaft eine breite Akzeptanz findet, muss es benutzerfreundlich gestaltet und dessen Einsatz betriebswirtschaftlich finanziert sein.

#### **Der Zentralvorstand der FMH empfiehlt den Mitgliedern der FMH den Anschluss an die ärzteigene «AD Swiss EPD Gemeinschaft».**

Ende 2019 haben die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, die Health Info Net AG (HIN) und die Ärztekasse die «AD Swiss EPD-Gemeinschaft» gegründet. Dies ermöglicht es Ärztinnen und Ärzten nun, sich einer ärzteigenen Gemeinschaft gemäss EPDG anzuschliessen, mit folgenden Vorteilen:

##### Niederschwelliger Zugang und hilfreiche Zusatzdienste

Der Zugang zum EPD erfolgt bei der «AD Swiss EPD Gemeinschaft» über eine den Vorgaben des EPD entsprechende HIN-Identität. Weil ein Grossteil der Ärzteschaft bereits über eine HIN-Identität verfügt, können Ärztinnen und Ärzte so mit besonders geringem Aufwand auf das EPD zugreifen.

Neben der Kompatibilität zum EPD, welche durch die «AD Swiss EPD Gemeinschaft» ermöglicht wird, entwickelt die «AD Swiss EPD Gemeinschaft» weitere nutzenbringende Zusatzdienste, wie zum

---

tinnen 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. (Quelle: eHealth Suisse)

<sup>2</sup> BBI 2020 5513 Art. 37 Abs. 3

<sup>3</sup> Zum Beispiel Krankenhaus- und Praxisinformationssysteme

<sup>4</sup> Siehe Kapitel 4.3

Beispiel ein elektronisches Rezept, das beim Anschluss an die «AD Swiss EPD Gemeinschaft» ebenfalls genutzt werden kann<sup>5</sup>.

#### Grosse Mitgestaltungsmöglichkeiten zu tiefen Kosten

Da die FMH sowohl an der HIN AG wie auch an der AD Swiss Net AG beteiligt ist, entstehen für die Ärzteschaft grosse Mitgestaltungsmöglichkeiten. Die Dienstleistungen der «AD Swiss EPD Gemeinschaft» können ausserdem sehr kostengünstig angeboten werden.

## **4 Position zum Begriff «behandlungsrelevante Daten»**

Das EPD ist ein «virtuelles Dossier, über das dezentral abgelegte *behandlungsrelevante Daten* aus der Krankengeschichte einer Patientin oder eines Patienten oder ihre oder seine selber erfassten Daten [...] zugänglich gemacht werden können». <sup>6</sup> Weder das Bundesgesetz noch die dazugehörigen Verordnungen präzisieren den Begriff «behandlungsrelevante Daten». Für die Ärzteschaft ist dieser Begriff von grosser Bedeutung, da Ärztinnen und Ärzte aufgrund ihrer Sorgfalts- und Dokumentationspflicht Daten im EPD erfassen und das EPD als Informationsquelle nutzen müssen. Die FMH nimmt wie folgt Stellung zu Themen rund um den Begriff «behandlungsrelevante Daten»:

### **4.1 Begriffsbezeichnung und -definition von «behandlungsrelevanten Daten»**

Der Begriff «behandlungsrelevante Daten» kann fälschlicherweise im Sinne von einzelnen Datenfeldern, wie z.B. ein einzelner Blutdruckwert, oder einzelnen Untersuchungsdateien assoziiert werden. Zudem verändern sich die behandlungsrelevanten Informationen je nach Zeitpunkt, Kontext und individuellem Fall.

Laut einem von der FMH in Auftrag gegebenen Rechtsgutachten hat der Gesetzgeber auf eine präzise Definition des Begriffs «behandlungsrelevante Daten» bewusst verzichtet, da er davon ausgeht, dass der Umfang der behandlungsrelevanten Informationen nur im Einzelfall auf Grundlage einer medizinischen Beurteilung bestimmt werden kann. Es handelt sich um Informationen, die für die zukünftige Behandlung eines Patienten – insbesondere in Notfallsituationen – von Bedeutung sein können (Schindler, 2018, S. 13). Aus diesem Grund lässt sich nicht in einer abschliessenden Liste definieren, welche Daten behandlungsrelevant sind. Die FMH erachtet in diesem Zusammenhang Diagnosen und Medikamentenlisten als essentielle Informationen im EPD, die über eine Patientin oder einen Patienten verfügbar sein muss.

Die FMH vertritt im Zusammenhang mit behandlungsrelevanten Informationen im EPD die folgende Position:

- Die FMH zieht die Bezeichnung «behandlungsrelevante Informationen» vor, da unter dem Begriff «Informationen» eher ein zusammenhängender Datenabschnitt (z.B. ein ganzer Austrittsbericht) statt einzelnen Datenfelder verstanden wird.
- Die FMH lehnt die Definition einer aus Ärztesicht abschliessenden Liste von behandlungsrelevanten Dokumenten und Informationen ab und fordert, dass weder auf Gesetzes- noch auf Verordnungsebene der Begriff weiter definiert wird, weil die Behandlungsrelevanz nur im Einzelfall beurteilt werden kann.
- Die FMH empfiehlt der Ärzteschaft aufgrund der limitierten Zeitressourcen im medizinischen Alltag, insbesondere Diagnose- und Medikamentenlisten als behandlungsrelevante Informationen einzustufen und entsprechend im EPD zu erfassen.

<sup>5</sup> Vgl. Dienstleistungen der AD Swiss (<https://www.ad-swiss.ch/services>)

<sup>6</sup> Art. 2 EPDG

## 4.2 Prinzip der Verhältnismässigkeit muss beachtet werden

Nicht behandlungsrelevante Informationen im Sinne des EPDG dürfen aus Gründen des Datenschutzes nicht im EPD erfasst werden. Dies ergibt sich aus dem im Datenschutzgesetz enthaltenen Prinzip der Verhältnismässigkeit und dem daraus abgeleiteten Gebot der «Datensparsamkeit». Ausserdem beschränkt sich die vermutete Einwilligung der Patientinnen und Patienten gemäss Art. 3. Abs. 2 EPDG einzig auf die Erfassung behandlungsrelevanter Daten (Schindler, 2018, S. 14). Wenn Gesundheitsinstitutionen der Einfachheit halber grundsätzlich alle Dokumente als behandlungsrelevant einstufen und im EPD erfassen, erschwert dies der Ärzteschaft die Auffindbarkeit der behandlungsrelevanten Informationen. In umfangreichen Dossiers wird ein Übersehen von relevanten Informationen wahrscheinlicher, das von einem Richter im Einzelfall als Sorgfaltspflichtverletzung bewertet werden könnte. Darüber hinaus kann nicht davon ausgegangen werden, dass vor jedweder Behandlung erschöpfende Nachforschungen im EPD des zu behandelnden Patienten vorgenommen werden können und auch nicht, dass das in jedem Fall notwendig ist (Schindler, 2018, S. 17).

Die FMH appelliert an alle Gesundheitsinstitutionen und Gesundheitsfachpersonen bei der Freigabe von behandlungsrelevanten Informationen das Prinzip der Verhältnismässigkeit anzuwenden.

## 4.3 Vollständigkeit der im EPD enthaltenen behandlungsrelevanten Informationen

Grundsätzlich kann nicht von einer Vollständigkeit der im EPD enthaltenen behandlungsrelevanten Informationen ausgegangen werden: Einerseits nehmen nicht alle Gesundheitsfachpersonen am EPD teil. Andererseits können die Patientinnen und Patienten wählen, an welche Gesundheitsfachperson sie Zugriffsrechte erteilen. Auch können die Patientinnen und Patienten den Dokumenten des EPD die Vertraulichkeitsstufe «geheim» zuordnen<sup>7</sup> oder einzelne Dokumente löschen<sup>8</sup>, so dass das EPD nicht in jedem Fall alle behandlungsrelevanten Informationen enthält. Die FMH vertritt zur Vollständigkeit der im EPD erfassten und verfügbaren Informationen die folgende Position:

- Patientinnen und Patienten oder deren Stellvertretung<sup>9</sup> kommt eine wichtige Mitwirkungspflicht zu: Sie können den verantwortlichen Gesundheitsfachpersonen Zugriffsrechte erteilen und somit zu einer möglichst hohen Verfügbarkeit der im EPD enthaltenen Informationen beitragen.
- Weil die Verantwortung für Zugriffsberechtigungen oder für das Löschen von Dokumenten in den Händen der Patientinnen und Patienten liegt, kann die Ärzteschaft nicht für die Vollständigkeit der im EPD enthaltenen Informationen verantwortlich gemacht werden.

## 5 Position zu technischen Aspekten des elektronischen Patientendossiers

In der Verordnung (EPDV) sowie in der Verordnung des EDI (EPDV-EDI) über das elektronische Patientendossier werden unter anderem verschiedene technische Themen geregelt. Diese Regelungen haben direkten Einfluss auf die am EPD teilnehmende Ärzteschaft. Die FMH nimmt Stellung zu folgenden Themen:

### 5.1 Verhältnismässiger Aufwand der Authentifizierung beim Zugriff auf das EPD

Beim Zugriff auf das EPD muss nach Art. 23 EPDV das Identifikationsmittel der Ärztin oder des Arztes ein Authentifizierungsverfahren mit mindestens zwei Authentifizierungsfaktoren verwenden. Das bedeutet, dass die am EPD teilnehmende Ärztin für jeden Zugriff auf das EPD beispielsweise sowohl

<sup>7</sup> Art. 1 Abs. 1 Bst. c EPDV vom 22. März 2017

<sup>8</sup> Art. 10 Abs. 2 Bst. c EPDV vom 22. März 2017

<sup>9</sup> Patienten, die nicht im Besitz der technischen oder geistigen Voraussetzungen zur eigenständigen Verwaltung ihres EPD sind, haben nach Art. 4 Bst. f EPDV die Möglichkeit, eine Stellvertretung zu benennen, die in ihrem oder seinem Namen auf das EPD zugreifen und auch die Vertraulichkeitsstufen und Zugriffsrechte zuweisen können

ein Passwort an ihrer Arbeitsstation wie auch eine Zahlenfolge auf ihrem Smartphone eingeben muss. Eine Authentifizierung, die bei jedem einzelnen Zugriff auf das EPD durchgeführt werden muss, verunmöglicht der Ärzteschaft eine effiziente Verwendung des EPD und führt aus Sicht der FMH zu einem nicht verhältnismässigen Aufwand. Für einen raschen Zugriff auf das EPD während der Behandlung von Patienten sind Einmalanmeldungen (Single Sign-On) unerlässlich, die es ermöglichen nach einer einmaligen Authentifizierung verschiedene Dienste zu verwenden. Die FMH spricht sich ferner dafür aus, dass die Faktoren für die Authentifizierung so ausgestaltet sind, dass sie der Arbeitsweise von Ärztinnen und Ärzten in Spitälern und Arztpraxen entsprechen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in einer gesicherten definierten Netzwerkumgebung (z.B. in einem Spitalnetzwerk) ein hinreichender Grundschutz gemäss anerkannten technischen Normen vorhanden ist. Diese Vorgehensweise entspricht einer risikobasierten oder adaptiven Authentifizierungstechnik.

Die FMH vertritt daher die folgende Position:

- Die FMH sieht einen einfachen Zugriff auf das EPD für die Ärzteschaft als absolut zentral für die effiziente Verwendung des EPD an. Der Aufwand zur Authentifizierung muss verhältnismässig sein.
- Die FMH fordert Authentifizierungstechniken, welche bei hinreichendem Grundschutz innerhalb von Gesundheitseinrichtungen, einen einfachen und sicheren Zugriff auf das EPD ermöglichen.

## 5.2 Einfacheres Zugriffsberechtigungskonzept

Nach Art. 2ff EPDV entscheidet die Patientin oder Patient über die Zugriffsrechte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Für die am EPD teilnehmende Ärzteschaft bedeutet diese Regelung, dass sie (ausser in Notfallsituationen) bei fehlenden Zugriffsrechten die Patientinnen und Patienten darauf hinweisen müssen, damit diese sie, falls gewünscht, zum Zugriff berechtigen. Das Zugriffsberechtigungskonzept gemäss der Verordnung über das elektronische Patientendossier umfasst die Festlegung von Vertraulichkeitsstufen für einzelne Dokumente oder Dokumenttypen im EPD und die Zuteilung dieser Vertraulichkeitsstufen an Gesundheitsfachpersonen oder Gruppen von Gesundheitsfachpersonen. Die daraus möglichen Einstellungen und Kombinationen von Optionen für die Erteilung von Zugriffsrechten sind entsprechend komplex und dadurch anfällig für Fehler. Patientinnen und Patienten verlieren bei einem grösseren Behandlungsteam schnell die Übersicht, welche Gesundheitsfachperson sie noch zum Zugriff berechtigen sollten, obwohl sie den Zugriff zulassen würden. Wenn bei unerlaubten Zugriffen die geltenden Strafbestimmungen konsequent durchgesetzt werden, kann das EPD stärker als unter der aktuellen Regelung dazu beitragen, dass die richtigen Informationen zur richtigen Zeit bei der richtigen Gesundheitsfachperson sind. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass dieses Prinzip funktioniert und damit den effizienten Gebrauch der im EPD enthaltenen Informationen ermöglicht.

Die FMH vertritt im Zusammenhang mit dem Zugriffsberechtigungskonzept des EPD folgende Positionen:

- Die FMH spricht sich für ein einfaches Zugriffsberechtigungskonzept aus, bei welchem die Patientinnen und Patienten den Überblick, welche Gesundheitsfachperson sie zum Zugriff berechtigt haben, behalten, damit die Ärztin oder der Arzt zur richtigen Zeit und am richtigen Ort den Zugriff auf das EPD haben.
- Die FMH spricht sich zudem für einen offeneren Zugriff auf das EPD aus: Mittels konsequenter Protokollierung der Zugriffe und Anwendung der geltenden Strafbestimmungen bei unerlaubten Zugriffen. Gleichzeitig können Patientinnen und Patienten vom Recht des selektiven Opt-Outs Gebrauch machen, in dem sie sich entscheiden, den Zugriff auf einzelne Dokumente für Gesundheitsfachpersonen zu sperren.

### 5.3 Auffinden von Informationen im EPD

Nach Art. 3 EPDV-EDI müssen bei der Freigabe von Dokumenten im EPD die im Anhang 3 der EPDV-EDI dokumentierten Metadaten<sup>10</sup> durch die am EPD teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erfasst werden. Die Erfassung von Metadaten ist für die Wiederauffindbarkeit notwendig, da die Dokumente im EPD nicht in einer Ordnerstruktur abgelegt werden, die beispielsweise zusammengehörige Dokumente einer Behandlungsepisode umfasst. Pro Dokument oder Information müssen bis zu 14 Metadaten erfasst werden.<sup>11</sup> Da ein direkter Zugang zum EPD aus den Primärsystemen von Ärztinnen und Ärzte mittelfristig nicht realisierbar sein dürfte, ist für die Ärzteschaft mit einem erhöhten manuellen Aufwand bei der Erfassung der Metadaten zu rechnen. Um diesen Aufwand zu minimieren, nimmt die FMH die folgende Position ein:

- Die FMH erachtet in erster Linie die korrekte Chronologie (Datum), den Autor und einen möglichst standardisierten Titel als wichtige Angaben für das Ablegen und Wiederfinden von behandlungsrelevanten Informationen im EPD.
- Die Klassifizierung von Dokumenten mittels Metadaten muss durch entsprechende Funktionalität in den Systemen möglichst automatisiert erfolgen. Dies muss sowohl bei direkter Integration in die Primärsysteme wie auch im Zugangsportale für Gesundheitsfachpersonen entsprechend implementiert sein.
- Das einfache und schnelle Auffinden von behandlungsrelevanten Informationen im EPD ist für die Ärzteschaft eine Grundvoraussetzung für eine effiziente Verwendung des EPD. Gut funktionierende Such- und Filterfunktionen sind unerlässlich.

## 6 Position zur Vergütung von Leistungen im Kontext des elektronischen Patientendossiers

Zur finanziellen Unterstützung der an den Stammgemeinschaften angeschlossenen Gesundheitsfachpersonen sind nach dem EPDG keine gesetzlich geregelten Finanzhilfen vorgesehen. Auf die 2017 eingereichte Interpellation 17.3694 antwortete der Bundesrat auf die Frage nach der Entschädigung, dass Aufwände für das Erfassen von Dokumenten im EPD, bzw. für die Konsultation des EPD bereits über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgedeckt sind. Anfallende Kosten für die Information von Patientinnen und Patienten über das EPD seien durch die Stammgemeinschaften zu decken (eHealth Suisse, 2020).

### 6.1 Zusatzaufwände für die Ärzteschaft

Am EPD teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sind grundsätzlich dazu verpflichtet, das EPD zweckmässig zum Einsatz zu bringen, das EPD zu konsultieren und Dokumente im EPD zu erfassen. Damit verbunden entstehen aus Sicht der FMH gegenüber der Situation ohne EPD verschiedene Zusatzaufwände für die Ärzteschaft:

- **Doppelte Buchführung:** Mit der Einführung des EPD bleibt der Aufwand für das Aktenstudium sowie für die Dokumentation im Praxisinformationssystem bestehen und es entsteht eine «doppelte Buchführung»: Neben dem Aktenstudium und der Dokumentation im Praxisinformationssystem entsteht administrativer Zusatzaufwand für die unmittelbare Konsultation des EPD, bzw. für das Erfassen von Dokumenten im EPD.

<sup>10</sup> Als Metadaten bezeichnet man allgemeine Daten, die Informationen über andere Daten enthalten. Bezogen auf ein Dokument bilden die Angaben zum Autor, Zeitpunkt der Erstellung usw. die Metadaten. Standards für interoperable Metadaten haben die Aufgabe, Metadaten aus unterschiedlichen Quellen nutzbar zu machen. Sie umfassen die Aspekte der Semantik, des Datenmodells und der Syntax. (Quelle: eHealth Suisse)

<sup>11</sup> Die Metadaten umfassen beispielsweise die Rolle der Autor\*in, die Sprache oder der Dokumententyp. Die Wertebereiche der jeweiligen Attribute sind in Anhang 3 der EPDV-EDI dokumentiert.

- **Aufwändige Erfassung der Metadaten:** Bei der Erfassung von Dokumenten für das EPD im Zugangsportal für die Gesundheitsfachpersonen müssen die Dokumente mit den Metadaten<sup>12</sup> versehen werden (EPDV–EDI Anhang 3).
- **Zusätzliche Kommunikation mit den Patienten:** Die Ärztin oder der Arzt muss im Vergleich zur Situation ohne EPD mit den Patienten besprechen, welche Daten im EPD verfügbar sein sollen. Zudem muss die Ärzteschaft den Patienten das EPD auf Nachfrage erklären sowie Fragen zum Umgang mit dem EPD und medizinische Fragen zu gelesenen Berichten und Befunden klären.
- **Unzureichende Suchfunktionen für Dokumente:** Die Suche nach Informationen im EPD ist schweizweit nicht geregelt. Es obliegt den Stammgemeinschaften, welche Such- und Sortierfunktionen sie ihren Mitgliedern bereitstellen. Je nach Ausgestaltung und Komfort dieser Funktionalität entsteht ein grosser zusätzlicher Zeitaufwand für die Ärzteschaft, um die relevanten Dokumente im EPD zu konsultieren und somit ihrer Sorgfaltspflicht nachzukommen.
- **Unzureichende Patientensuche:** Die Suche nach Patientinnen und Patienten erfolgt über demografische Daten und nicht über die eindeutige Patientenidentifikationsnummer. In der Regel wissen diese nicht, welche Patientenidentifikationsnummer ihnen erteilt wurde. Dies führt zu aufwändigen Nachfragen, insbesondere dann, wenn mehrere Patientinnen und Patienten bei einem Notfallzugriff unter den gleichen demografischen Angaben gefunden werden.
- **Fehlende Zugriffsberechtigungen:** Die Patientinnen und Patienten nehmen die Einstellungen für die Berechtigungssteuerung bzw. Zugriffskontrolle direkt im Portal ihrer Stammgemeinschaft vor. In der Arztpraxis werden die wenigsten Patienten in der Lage sein, fehlende Zugriffsberechtigungen rasch zu erteilen. Dies führt zu Verzögerungen während der Arztkonsultation.
- **Hohe Investitionskosten:** Um am EPD möglichst effizient teilzunehmen ist die Führung einer elektronischen Krankengeschichte eine Grundvoraussetzung. Ohne eine elektronische Krankengeschichte müssen Dokumente digitalisiert und über das Zugangsportal für Gesundheitsfachpersonen im EPD des Patienten abgelegt werden. Zusätzlich werden Softwarehersteller Kosten für Schnittstellen zum EPD an die Ärzteschaft weitergeben.

## 6.2 Ungenügende Abrechnungsmöglichkeiten

- **Ungenügend spezifische Leistungen im TARMED**

Auf die Konsultation bezogene unmittelbar vorgängige oder anschliessende Akteneinsicht, bzw. Akteneinträge können im TARMED mit den Konsultations-Positionen verrechnet werden.<sup>13</sup> Mit der Einführung des EPD bleibt der Aufwand für die Akteneinsicht sowie die Dokumentation im Praxisinformationssystem (Primärsystem) bestehen.

Jegliche aufgeführte mit dem EPD verbundenen Zusatzaufwände wie z. B. die «doppelte Buchführung» müssten zusätzlich verrechnet werden können. Eine Konsultation ist im Normalfall jedoch auf 20', bzw. 30' limitiert.<sup>14</sup> Wenn der Zusatzaufwand im Rahmen des EPD mit der TARMED-Abrechnungspositionen für die «Konsultation»<sup>15</sup> abgerechnet wird, so geht dies zulasten der Zeit am Patienten und somit zulasten der Behandlungsqualität.

Für das Aktenstudium von behandlungsrelevanten Informationen im EPD können grundsätzlich die Leistungen in Abwesenheit (darunter das Aktenstudium, aber auch Erkundigungen bei Dritten, Auskünfte an Angehörige, Besprechung mit Therapeuten, etc.) in Anspruch genommen werden. Diese sind insgesamt auf 30 (Patienten über 6 und unter 75) bzw. 60 Minuten (<6 und >75 und

---

<sup>12</sup> Insgesamt müssen 14 Metadaten erfasst werden

<sup>13</sup> Medizinische Interpretation TARMED-Position 00.0010 Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)

<sup>14</sup> Im Normalfall gilt eine maximale Konsultationszeit von 20' pro Sitzung; bei Kindern unter 6 und Personen über 75 Jahre oder bei erhöhtem Behandlungsbedarf können maximal 30' pro Sitzung abgerechnet werden

<sup>15</sup> TARMED-Positionen 00.0010, 00.0020, 00.0025, 00.0026, 00.0030



bei Patienten mit einem erhöhten Behandlungsbedarf) pro 3 Monate limitiert. Aufgrund der Tatsache, dass das EPD auch Informationen enthält, die nicht für jede einzelne Konsultation oder Behandlung relevant sind, könnte das Aktenstudium erschwert und die Limite überschritten werden.

- **Kostenweitergabe auf (Stamm-)Gemeinschaft fällt auf Ärzteschaft zurück**

Laut der Antwort vom Bundesrat sowie der Interpretation von eHealth Suisse auf die Interpellation 17.3694 können anfallende Aufwände für die Information der Patientinnen und Patienten den (Stamm-)Gemeinschaften verrechnet werden. Diese Verrechnung an die (Stamm-)Gemeinschaften bezahlen schlussendlich wieder freischaffende Ärztinnen und Ärzte: Als Mitglied einer (Stamm-)Gemeinschaft bezahlt eine Ärztin oder ein Arzt voraussichtlich einen Mitgliederbeitrag, welcher erhöht wird, sobald die Gesundheitsfachpersonen ihre Aufwände für die Patienteninformation den (Stamm-)Gemeinschaften vermehrt in Rechnung stellen. Der Aufwand für die Patienteninformation kann somit nur scheinbar den (Stamm-)Gemeinschaften verrechnet werden.

### 6.3 Ungedeckte Investitions- und Betriebskosten

Der finanzielle Aufwand für die Anschaffung einer elektronischen Krankengeschichte ist sehr hoch. Je nach Praxisgrösse ist mit Investitionen von mindestens CHF 50'000 zurechnen. Zudem fallen für Support und Infrastruktur laufende Kosten von ungefähr CHF 1'000 pro Monat an sowie zusätzlich periodische Unterhaltskosten für Lizenzgebühren und Updates. Dieser Aufwand kann über den TARMED nicht verrechnet werden und muss generell durch eine Effizienzsteigerung amortisiert werden. Nach dem eHealth Barometer 2020 führen erst zwei Drittel aller Praxisärztinnen und Praxisärzte eine elektronische Krankengeschichte (Golder & Jans, 2020). Die Umstellung auf eine elektronische Krankengeschichte aufgrund des EPD ist für das noch nicht digitale Drittel nicht zumutbar. Für Arztpraxen, welche bereits eine elektronische Krankengeschichte eingeführt haben, fallen zur Anbindung an das EPD ebenfalls ausserordentliche Investitionen an. Je nach Anbieter oder nötigen Upgrades zum vorhandenen System können diese im Ausmass einer Neuanschaffung sein. Für Ärztinnen und Ärzte, welche kurz vor der Pension stehen, lohnt sich die Anschaffung einer solchen Software erst recht nicht, da insbesondere in den ersten Jahren das EPD zu keiner Effizienzsteigerung beitragen wird.

### 6.4 Adäquate Vergütung von Leistungen im Rahmen des EPD gefordert

Entgegen der bundesrätlichen Antwort auf die Interpellation 17.3694 braucht es aus Sicht der FMH unbedingt spezifische Abrechnungspositionen, um Leistungen im Kontext des EPD sachgerecht abzurechnen. Verschiedene Aufwände fallen gegenüber der Situation ohne EPD zusätzlich an und können entsprechend den vorher dargelegten Ausführungen nicht abgerechnet werden. Eine adäquate Vergütung ist insbesondere in der Einführungsphase des EPD von besonderer Bedeutung, da in dieser Phase das EPD für die Ärzteschaft voraussichtlich nicht nutzbringend sein wird: Unstrukturierte Daten und nicht prozessorientierte Funktionen machen das EPD für die Ärzteschaft nur wenig attraktiv. Neben der adäquaten Vergütung erwartet die FMH deshalb vom EPD ebenfalls einen objektivierbaren Nutzen innerhalb absehbarer Frist.

Die FMH vertritt im Zusammenhang mit der Vergütung von Leistungen im Kontext des EPD die folgende Position:

- Das EPD ist in seiner jetzigen Form nicht nachhaltig finanziert. Betriebskosten sind nicht gedeckt. Keinesfalls dürfen allfällige Finanzierungslücken auf die am EPD teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen abgewälzt werden.
- Die Zusatzaufwände für die Bewirtschaftung des EPD werden derzeit nicht vergütet. Die FMH fordert die adäquate Vergütung des vom EPD ausgelösten zusätzlichen Aufwands für Ärztinnen und Ärzte.

## 7 Quellen

eHealth Suisse. (2020). *Fragen und Antworten zur Umsetzung des EPD*. <https://www.e-health-suisse.ch/de/gemeinschaften-umsetzung/umsetzung/fragen-und-antworten.html>

Golder, L., & Jans, C. (2020). Swiss eHealth Barometer 2020 Bericht zur Befragung der Gesundheitsfachpersonen. In *gfs.bern: Vol. Februar*. [https://www.gfsbern.ch/wp-content/uploads/2020/03/ehealth\\_2020\\_schlussbericht\\_gesundheitsfachpersonen.pdf](https://www.gfsbern.ch/wp-content/uploads/2020/03/ehealth_2020_schlussbericht_gesundheitsfachpersonen.pdf)

Schindler, B. (2018). *Kurzgutachten zu Fragen im Zusammenhang mit dem elektronischen Patientendossier (EPD)*.