



# **Formative Evaluation der Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG)**

Arbeitsbericht Phase 1

Reto Jörg  
Ricarda Ettl  
Samuel Wetz

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit  
(BAG)

22. Februar 2018

## Impressum

Vertragsnummer:	17.009053
Laufzeit:	Juni 2017 – Juni 2020
Datenerhebungsperiode:	Phase 1: Juli 2017 – Dezember 2017
Leitung Evaluationsprojekt im BAG	Christine Heuer, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)
Formative Evaluation:	<p>Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.</p> <p>Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle E+F des BAG. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Resultat der Meta-Evaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.</p>
Bezug:	Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), <a href="http://www.bag.admin.ch/evaluationsberichte">www.bag.admin.ch/evaluationsberichte</a>
Zitiervorschlag:	Jörg, R.; Ettl, R.; Wetz, S. (2017). Formative Evaluation der Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG): Arbeitsbericht Phase 1. socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Februar 2018, Bern.
Korrespondenzadresse:	socialdesign ag Thunstrasse 7, 3005 Bern
Geschlechtergerechte Sprache:	Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter; aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nicht überall sowohl die männliche als auch die weibliche Form verwendet.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Präambel</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
1.1 Ausgangslage .....	6
1.2 Gegenstand und Zweck der Evaluation .....	6
1.3 Evaluationsfragestellungen .....	8
1.4 Aufbau des Berichts .....	9
<b>2 Methodisches Vorgehen</b> .....	<b>9</b>
2.1 Befragung der relevanten Umsetzungsakteure .....	9
2.2 Sekundärdaten- und Dokumentenanalyse .....	10
2.3 Monitoring EPDG.....	10
<b>3 Ergebnisse</b> .....	<b>11</b>
3.1 Allgemeiner Stand der Umsetzung.....	11
3.2 Entwicklung der Stamm- /Gemeinschaften .....	13
3.3 Zusatzdienste .....	18
3.4 Kohärenz der Umsetzung mit den Zielsetzungen des EPDG .....	20
3.5 Markt der technischen Anbieter.....	22
3.6 Finanzierung Stamm-/Gemeinschaften und Finanzhilfen .....	23
3.7 Eignung der Aufbau- und Ablaufstrukturen eHealth Suisse.....	27
3.8 Aufgabenteilung eHealth Suisse und BAG.....	30
3.9 Weitere Herausforderungen .....	32
<b>4 Fazit und Ausblick</b> .....	<b>37</b>
<b>5 Literatur- und Materialverzeichnis</b> .....	<b>39</b>
5.1 Dokumente und Literatur .....	39
5.2 Rechtliche Grundlagen .....	40
5.3 Internetquellen .....	40
5.4 Weitere Quellen .....	41
<b>7 Anhang</b> .....	<b>42</b>
7.1 Anhang I: Ergänzungen zum Gegenstand und Kontext der Evaluation.....	42
7.2 Anhang II: Organisation Gesamtevaluation EPDG .....	44
7.3 Anhang III: Übersicht Evaluationsfragestellungen Phasen 1-3.....	46
7.4 Anhang IV: Liste Interviewpartner/innen .....	51
7.5 Anhang V: Interviewleitfäden.....	54
7.6 Anhang VI: Gesuch um Finanzhilfen nach EPDG.....	60
7.7 Anhang VII: Elektronisches Patientendossier – Aktivitäten in den Kantonen .....	65

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragestellungen formative Evaluation Phase 1 .....	8
Tabelle 2: Regionale SG mit finanzieller Unterstützung Kanton .....	14
Tabelle 3: Regionale Stammgemeinschaften ohne finanzielle Unterstützung Kanton .....	16
Tabelle 4: Nationale Stamm-/Gemeinschaften .....	16
Tabelle 5: Zielsetzungen EPDG und Risikofaktoren .....	21
Tabelle 6: Technische Anbieter nach Stamm-/Gemeinschaft .....	22
Tabelle 7: Handlungsbedarf in Bezug auf die Optimierung von Vollzugsaufgaben eHS .....	29
Tabelle 8: Mitglieder Begleitgruppe Evaluation .....	44
Tabelle 9: Fragestellungen und Kriterien der formativen Evaluation .....	46

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Phasen der Umsetzung und Evaluation des EPDG .....	7
Abbildung 2: Überblick Zusatzdienste und Priorisierung .....	19
Abbildung 3: Potential in Bezug auf die Zielsetzungen EPDG .....	20
Abbildung 4: Kosten für den Aufbau der Stamm-/Gemeinschaften .....	24
Abbildung 5: Bereits entstandene und zukünftige Kosten .....	25
Abbildung 6: Durchschnittliche Kostenverteilung .....	26
Abbildung 7: Organigramm eHealth Suisse .....	28
Abbildung 8: Zufriedenheit mit eHealth Suisse .....	29

## Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
B2B	Business-to-Business
B2C	Business-to-Customer
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
eHS	eHealth Suisse
EPD	elektronisches Patientendossier
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
EPDV	Verordnung über das elektronische Patientendossier
EPDFV	Verordnung über die Finanzhilfen für das elektronische Patientendossier
EPDV-EDI	Verordnung des Eidgenössischen Departement des Innern über das elektronische Patientendossier
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GFP	Gesundheitsfachperson(en)
G/SG	Gemeinschaften und Stammgemeinschaften
IHE	Integrating the Healthcare Enterprise
KIS	Klinikinformationssystem
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
OdA	Organisation der Arbeitswelt
EPD-SPID	Patientenidentifikationsnummer nach EPDG
PIS	Praxisinformationssystem
SAS	Schweizerische Akkreditierungsstelle
TOZ	Technische und organisatorische Zertifizierungsvoraussetzungen
ZAS	Zentrale Ausgleichstelle

## Präambel

Der vorliegende Bericht ist Bestandteil der formativen Evaluation des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier. Da die Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier in einem dynamischen Umfeld erfolgt, sind die im Bericht dargestellten Ergebnisse mit Bezug zum Zeitpunkt der Datenerhebung einzuordnen. Die Datenerhebung für die erste Phase der formativen Evaluation umfasste den Zeitraum zwischen Juli bis Dezember 2017. Diverse Aussagen im Bericht sind zum Zeitpunkt der Genehmigung nicht mehr aktuell und einige Empfehlungen wurden bereits umgesetzt.<sup>1</sup>

Die Evaluation wurde extern durchgeführt. Das externe Evaluationsteam versuchte im vorliegenden Bericht die Begrifflichkeiten gemäss den akzeptierten Sprachregelungen der Umsetzungsakteure zu verwenden. Bei etwaigen Abweichungen bitten wir um Verständnis, zumal die Sprachregelungen zum Teil lediglich informeller Natur sind und sich gewisse Begrifflichkeiten und Definitionen noch in Entwicklung befinden.

Die im Bericht formulierten Schlussfolgerungen und Empfehlungen geben die Auffassung der Autoren wieder, die nicht notwendigerweise mit derjenigen des Auftraggebers übereinstimmen muss.

---

<sup>1</sup> Infolge der sich verändernden Rahmenbedingungen wurde mitunter der «Einführungsplan EPD» aktualisiert. Der aktualisierte Einführungsplan (Version vom Februar 2018) findet sich unter: <https://www.e-health-suisse.ch/gemeinschaften-umsetzung/umsetzung/roadmap-einfuehrung-epd.html>.

# 1 Einleitung

Beim vorliegenden Bericht handelt es sich um den Zwischenbericht zur ersten Phase der formativen Evaluation des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG). Einleitend sind die Ausgangslage, der Gegenstand und Zweck der Evaluation sowie deren Fragestellungen dargestellt. Die Ausführungen stützen sich auf das Rahmenkonzept der Gesamtevaluation zum EPDG<sup>2</sup> sowie das Pflichtenheft zur formativen Evaluation der Umsetzung des EPDG<sup>3</sup>. Grundlage bildete ebenso das Wirkungsmodell für das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG)<sup>4</sup>.

## 1.1 Ausgangslage

Mit seiner Strategie Gesundheit2020 will der Bundesrat die Versorgungsqualität im Gesundheitsbereich erhöhen. Ein wesentliches Element der Strategie ist die Förderung elektronischer Gesundheitsdienste («eHealth») und insbesondere des elektronischen Patientendossiers (EPD). Mit dem elektronischen Patientendossier soll jede Person in der Schweiz in Zukunft die Möglichkeit erhalten, ihre medizinischen Daten Gesundheitsfachpersonen (GFP) elektronisch zugänglich zu machen. Die Daten stehen so zu jeder Zeit und überall zur Verfügung. Damit können die Patientinnen und Patienten in besserer Qualität, sicherer und effizienter behandelt werden.<sup>5</sup>

Am 19. Juni 2015 haben der Stände- und Nationalrat das Bundesgesetz zum elektronischen Patientendossier (EPDG) verabschiedet.<sup>6</sup> Es trat am 15. April 2017 in Kraft. In Artikel 18 des EPDG wird festgehalten, dass das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) dafür sorgt, dass die Massnahmen des Gesetzes periodisch evaluiert und dem Bundesrat über die Ergebnisse berichtet werden soll.

## 1.2 Gegenstand und Zweck der Evaluation

Gegenstand der Gesamtevaluation ist das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier und seine Massnahmen. Das Ausführungsrecht ist dabei integraler Bestandteil.<sup>7</sup>

Hinsichtlich der Umsetzung des EPDG kann unterschieden werden zwischen der Errichtung der nötigen Strukturen für die Einführung und Umsetzung des elektronischen Patientendossiers in einem ersten Schritt (nachfolgend als «Einführung des EPD» bezeichnet) und der eigentlichen Nutzung des elektronischen Patientendossiers in der Praxis in einem zweiten Schritt (vgl. auch Abbildung 1). Die formative Evaluation des EPDG fokussiert dabei auf den Fortschritt und den Stand in Bezug auf die Einführung des EPD.<sup>8</sup>

Die Vorgaben des Bundes zum EPD legen fest, dass Gesundheitsfachpersonen in Spitälern und Kliniken bis am 14. April 2020 und in Pflegeheimen bis am 14. April 2022 technisch in der Lage sind, Dokumente im EPD zu lesen. Zudem müssen sie wichtige Informationen speichern können, die für die weitere Behandlung der Patientinnen und Patienten relevant sind.

Gemäss Pflichtenheft zur formativen Evaluation<sup>9</sup> und dem Einführungsplan zum EPD<sup>10</sup> kann die Einführung des EPD gemäss Planung grob in drei Phasen unterteilt werden:

---

<sup>2</sup> Vgl. BAG (2016).

<sup>3</sup> Vgl. BAG (2017a).

<sup>4</sup> Vgl. Sager et al. (2016).

<sup>5</sup> Weitere Ausführungen zum Gegenstand und Kontext der formativen Evaluation finden sich im Anhang I bzw. in Sager et al. (2016).

<sup>6</sup> Vgl. auch <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20130050>.

<sup>7</sup> Vgl. Kapitel 5.2 – Rechtliche Grundlagen.

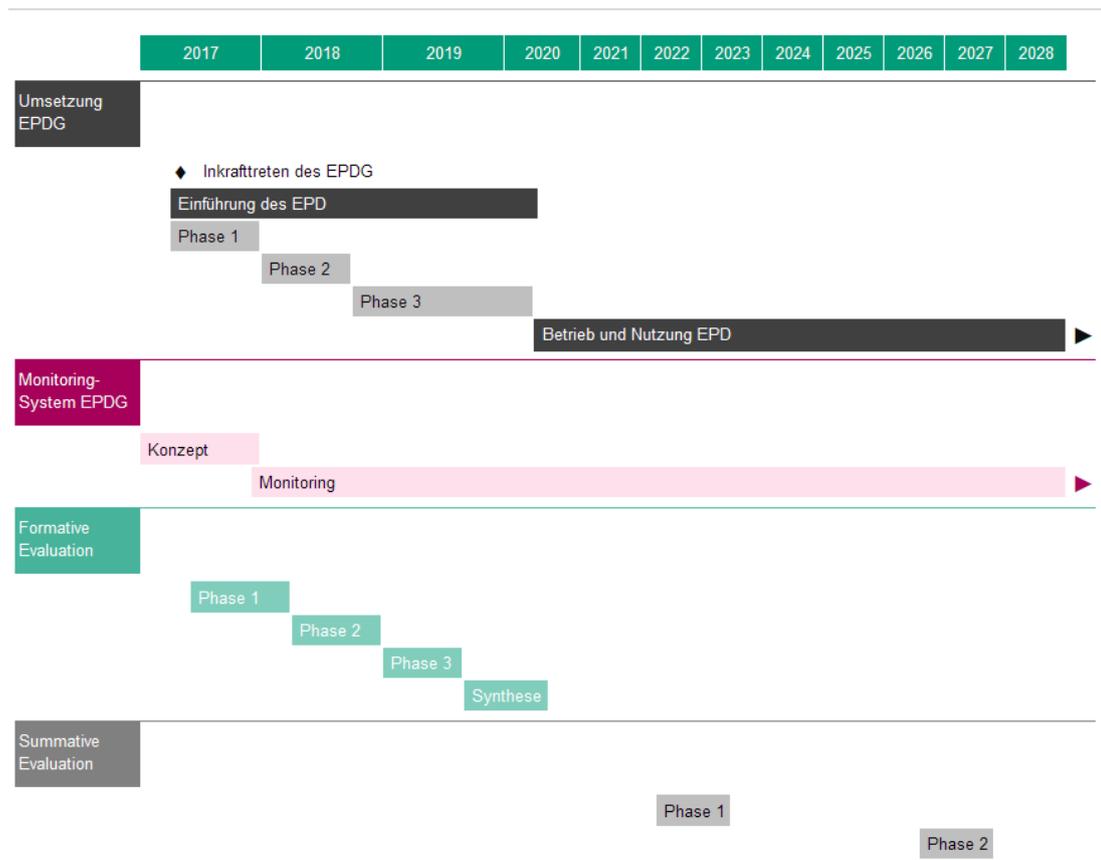
<sup>8</sup> Dies entspricht insbesondere der Ebene Output gemäss Wirkungsmodell zum EPDG, die Outcomeebene wird lediglich ansatzweise durch die formative Evaluation abgedeckt (vgl. Sager et al. 2016, S.15-20).

<sup>9</sup> Vgl. BAG (2017a, S.3).

<sup>10</sup> Die nachfolgend skizzierte Einführungsplanung stützt sich massgeblich auf die Fassung vom 20. März 2017 des Einführungsplans für das elektronische Patientendossier (vgl. eHealth Suisse, 2017a). Diese bildet den Stand der Planung im Frühjahr 2017 ab und dient der Evaluation als Referenzpunkt. Nicht berücksichtigt werden dabei Anpassungen der Planung, die im Laufe der Umsetzung in Reaktion auf die sich verändernden Rahmenbedingungen vorgenommen wurden.

Phase 1 umfasst den Zeitraum vom Inkrafttreten des EPDG am 15. April 2017 bis zum geplanten Inkrafttreten der revidierten Anhänge der Verordnung des EDI über das elektronische Patientendossier (EPDV-EDI) per 15. Januar 2018. In diesem Zeitraum soll seitens der verschiedenen involvierten Akteure die technische und organisatorische Umsetzung der jeweiligen Vorgaben des Ausführungsrechts erfolgen. Ausserdem ist innerhalb der Phase 1 die Durchführung des EPD-Projectathons, die Akkreditierung der Zertifizierungsstellen, der Aufbau der neuen Gremien eHealth Suisse (eHS) und die Beurteilung der ersten Finanzhilfegesuche vorgesehen. Basierend auf den Umsetzungsaktivitäten und den Erkenntnissen aus dem Projectathon ist in Phase 1 schliesslich die Revision der EPDV-EDI bzw. der Anhänge sowie die Verabschiedung der ersten Austauschformate geplant.

**Abbildung 1: Phasen der Umsetzung und Evaluation des EPDG**



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf dem Einführungsplan zum EPD (vgl. eHealth Suisse 2017a) und dem Pflichtenheft zur Evaluation (vgl. BAG 2017a). Die Darstellung bildet den Stand der Planung im Frühjahr 2017 und somit zu Beginn der ersten Phase der Evaluation ab.

Phase 2 findet ihren Abschluss mit dem Zeitpunkt des „Operationellen EPD“, also jenem Moment, wenn zwei dezentrale Stammgemeinschaften unter Einbezug der zentralen Abfragedienste Dokumente austauschen können. Somit beinhaltet diese Phase die Zertifizierung der ersten zwei bis drei Stamm-/Gemeinschaften. Das „Operationelle EPD“ ist gemäss Einführungsplan zum EPD auf das dritte Quartal 2018 terminiert.<sup>11</sup> Phase 3 der Einführung des EPD umfasst schliesslich den Zeitraum vom „Operationellen EPD“ bis zum Auslaufen der Übergangsfrist für Spitäler am 15. April 2020.

Die formative (prozessbegleitende) Evaluation ist Bestandteil der Gesamtevaluation zum EPDG. Die Phasen der formativen Evaluation sind entlang der Umsetzung des EPDG geplant.

<sup>11</sup> Vgl. eHealth Suisse (2017a).

Ergänzt wird die formative (bilanzierende) Evaluation durch das Monitoringsystem EPDG sowie die summative Evaluation (vgl. auch Abbildung 1).

Auftraggeber der Evaluation ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Der Gesamtevaluation steht eine Steuerungsgruppe vor. Die operative Leitung der Evaluation liegt bei der Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F) des BAG. Die operative Leitung des Monitoring-Systems EPDG, das zentrale Daten für die Evaluation bereitstellt, obliegt der Abteilung Gesundheitsstrategien des BAG. Sowohl die (formative und summative) Evaluation, wie auch das Monitoring-System werden jeweils von einer Begleitgruppe beratend unterstützt.<sup>12</sup>

Währenddessen die summative Evaluation des EPDG die Wirkungen des EPDG und seiner Massnahmen untersucht, fokussiert die formative Evaluation auf die Analyse und Bewertung der Umsetzung. Dabei sollen:<sup>13</sup>

- a) eine Bewertung zu den Fortschritten und zum Stand der Umsetzung erfolgen;
- b) die Zweckmässigkeit der im Gesetz vorgesehenen Massnahmen und die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen und Produkte beurteilt werden;<sup>14</sup>
- c) das Optimierungspotential identifiziert und der Handlungsbedarf benannt werden.

Die formative Evaluation findet prozessbegleitend statt. Ihre Ergebnisse dienen dazu, Lernprozesse bei den Beteiligten auszulösen und dadurch die Umsetzung des EPDG zu optimieren. Zudem sollen sie als Grundlage für Entscheide zur Weiterentwicklung des EPDG genutzt werden. Die Empfehlungen richten sich nicht ausschliesslich ans BAG, sondern an alle betroffenen Stakeholder.

### 1.3 Evaluationsfragestellungen

Das Pflichtenheft zur formativen Evaluation der Umsetzung unterscheidet zwischen übergeordneten, phasenübergreifenden und phasenspezifischen Fragestellungen. In Tabelle 1 sind für die erste Evaluationsphase massgebenden Fragestellungen aufgeführt.<sup>15</sup> Dabei handelt es sich ausschliesslich um übergeordnete und phasenübergreifende Fragestellungen, welche jeweils auch in den beiden kommenden Evaluationsphasen wieder aufgegriffen werden. Daraus folgt, dass diese Fragestellungen nach Abschluss der ersten Evaluationsphase noch nicht abschliessend beantwortet werden können.

**Tabelle 1: Fragestellungen formative Evaluation Phase 1**

Evaluationsfragestellungen		Methode*			Verweis
Nr.	Frage	B	Mon	SDA	Kapitel im Bericht
<b>Übergeordnete Fragestellungen</b>					
F.1	Wie gestaltet sich die Umsetzung des EPDG? Was läuft gut? Wo ergeben sich welche Probleme/ Herausforderungen?	X	X	X	Kapitel 3, insbesondere Kapitel 3.1 & 3.9
F.2	Wo zeigt sich Handlungsbedarf? Welche Empfehlungen lassen sich daraus ableiten?	X	X	X	gesamtes Kapitel 3
<b>Phasenübergreifende Fragestellungen</b>					
F.3	Wie zielführend ist die Aufgabenteilung zwischen eHealth Suisse und dem BAG? Bewährt sie sich in der Praxis?	X			Kapitel 3.8

<sup>12</sup> Vgl. auch Abbildung im Anhang II.

<sup>13</sup> Vgl. Pflichtenheft (BAG 2017a).

<sup>14</sup> Die Beurteilung der "Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen und Produkte" ist im Pflichtenheft zur formativen Evaluation (BAG 2017a) nicht erwähnt, jedoch im Rahmenkonzept (BAG 2016). Mit Bezug zum Pflichtenheft ist diese Zielsetzung auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungen und Produkte von eHealth Schweiz beschränkt.

<sup>15</sup> In Zusammenarbeit mit dem BAG wurden die Fragestellungen gemäss Pflichtenheft (vgl. BAG 2017a) konkretisiert und als Bestandteil des Evaluationsdesigns von der Steuergruppe genehmigt. Eine Darstellung der Evaluationsfragestellungen für alle Phasen der Evaluation inkl. Zuordnung der Evaluationskriterien und Analysemethoden findet sich im Anhang III.

Evaluationsfragestellungen		Methode*			Verweis
Nr.	Frage	B	Mon	SDA	Kapitel im Bericht
F.4	Wie gut eignen sich Aufbau- und Ablaufstrukturen von eHealth Suisse, für die Erfüllung ihrer Aufgaben generell und spezifisch hinsichtlich Zertifizierungsvoraussetzungen, Information (Ausbildung und Befähigung von Behandelnden und Patient/innen zur Benutzung des EPD), Koordination?	X			Kapitel 3.7
F.5	Wie entwickelt sich der Aufbau der verschiedenen Stamm-/Gemeinschaften? Sowohl bezüglich der gewählten Organisationsmodelle, der teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen als auch bezüglich der Anzahl Dossier und der PatientInnen? Wie weit entspricht diese Entwicklung dem Bedarf und den Bedürfnissen der Versorgungsregionen? Welche Rolle spielen bei dieser Entwicklung die Kantone?	X	X	X	Kapitel 3.2
F.6	Welche Zusatzdienste werden angeboten? In welchem Verhältnis stehen diese inhaltlich und mengenmässig zum EPD? Ist die Interoperabilität der Zusatzdienste über die Grenzen der Stamm-/Gemeinschaften sichergestellt? Wie vereinbar sind sie mit der Technik anderer Anbieter? Sind Parallelentwicklungen beobachtbar (digitale Kommunikation ausserhalb des EPD) und falls ja, wie sind sie mit Bezug auf das EPD zu bewerten?	X		X	Kapitel 3.3
F.7	Welche Herausforderungen zeigen sich bei der organisatorischen (strukturell/kulturell/finanziell) und der technischen Umsetzung des EPDG?	X			gesamtes Kapitel 3
F.8	Welche ersten - beabsichtigten und unbeabsichtigten - Auswirkungen des EPDG zeigen sich in der Zusammenarbeit der Gesundheitsfachpersonen bzw. der Stamm-/Gemeinschaften? Gibt es Entwicklungen welche den Zielsetzungen des EPDG zuwiderlaufen?	X	X		Kapitel 3.4
F.9	Wie gut funktioniert der Markt der technischen Anbieter von Stamm-/Gemeinschaften?	X			Kapitel 3.5
F.10	Wer finanziert den Aufbau der Stamm-/Gemeinschaften? Werden Finanzhilfen in Anspruch genommen? Wie stehen diese im Verhältnis zur Gesamtinvestition? Welche Motive haben die Investoren, mitzufinanzieren?	X		X	Kapitel 3.6

\* Legende: Befragung (B), Monitoring EPDG (Mon), Sekundärdaten- und Dokumentenanalyse (SDA)

## 1.4 Aufbau des Berichts

Nach der allgemeinen Einleitung in Kapitel 1, folgt in Kapitel 2 die Beschreibung des methodischen Vorgehens. In Kapitel 3 beinhaltet die Ergebnisse aus der ersten Phase der formativen Evaluation zur Umsetzung des EPDG. Die Ergebnisse sind anhand der Evaluationsfragestellung in Themenbereichen gemäss den Unterkapiteln zusammengefasst (vgl. dazu auch Tabelle 1). Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen zu den jeweiligen Themenbereichen finden sich pro Unterkapitel und widerspiegeln die Sicht der Evaluierenden. Das Kapitel 4 bietet ein abschliessendes Fazit sowie einen Ausblick auf die kommenden Evaluationsphasen.

## 2 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen für die formative Evaluation stützt sich auf die nachfolgend beschriebenen Datenerhebungen bzw. Informationsquellen. In Tabelle 9 im Anhang findet sich eine Übersicht der Evaluationsfragestellungen für sämtliche Phasen der formativen Evaluation einschliesslich der Zuordnung der Erhebungsmethoden und Evaluationskriterien.

### 2.1 Befragung der relevanten Umsetzungsakteure

Wesentliche Grundlage für die formative Evaluation bildete die Befragung der an der Umsetzung beteiligten Akteure. In der ersten Phase der formativen Evaluation erfolgte dies in Form von leitfadengestützten Gruppen- und Einzelinterviews. Im Rahmen des dritten Treffens der

«Koordinationsgruppe Kantone & Gemeinschaften» vom 26. Oktober 2017 wurden die teilnehmenden Vertreter/innen der Stamm-/Gemeinschaften und Kantone in drei Gruppen (2x deutschsprachig, 1x französischsprachig) befragt. In Ergänzung dazu wurden vertiefende Einzel- und Gruppeninterviews mit diversen, an der Umsetzung beteiligten Akteuren durchgeführt. Eine Auflistung aller Interviewpartner/innen sowie der verwendeten Leitfäden findet sich im Anhang dieses Berichts.<sup>16</sup>

## 2.2 Sekundärdaten- und Dokumentenanalyse

Die Dokumentenanalyse umfasst die Aufbereitung von rechtlichen und evaluationsbezogenen Grundlagen, die Sekundäranalyse systematisch dokumentierter und veröffentlichter Umsetzungserfahrungen sowie die laufende Analyse von schriftlichen Informationsquellen, welche den Fortschritt der Umsetzung dokumentieren. In Ergänzung dazu waren die bis am 14.10.2017 eingereichten Finanzhilfesuche Gegenstand der Analyse im Rahmen der formativen Evaluation.<sup>17</sup> Die den Finanzhilfesuchen entnommenen Informationen werden im vorliegenden Bericht ausschliesslich in anonymisierter oder aggregierter Form ausgewiesen.

## 2.3 Monitoring EPDG

In Ergänzung zur gesetzlich vorgesehenen Evaluation des EPDG implementiert das BAG ein Monitoring-System. Zwar dient das Monitoring EPDG einerseits auch als Grundlage für die formative und summative Evaluation, andererseits soll das Monitoring dem BAG aber auch in geeigneter Kadenz Informationen über die Umsetzung des Gesetzes und die Verbreitung des elektronischen Patientendossiers zur Verfügung stellen.

Das Monitoring stützt sich auf zwei Arten von Daten. Zum einen handelt es sich um Betriebsdaten (z.B. zur Verbreitung und Nutzung des EPD), welche insbesondere von den Stamm-/Gemeinschaften geliefert werden. Zum andern beruht das Monitoring auf Befragungsdaten, wobei Akteure des Gesundheitswesens sowie die Bevölkerung bzw. die Patientinnen und Patienten zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen bezüglich des EPD befragt werden.<sup>18</sup>

Für die erste Phase der formativen Evaluation stehen noch keine Daten aus dem Monitoring zur Verfügung. Gemäss Umsetzungsplan kann davon ausgegangen werden, dass für die zweite und dritte Phase der formativen Evaluation Daten aus dem Monitoring genutzt werden können.

---

<sup>16</sup> Vgl. Anhang IV & V.

<sup>17</sup> Das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier sieht vor, dass sich der Bund an den Kosten für den Aufbau und die Zertifizierung von Stammgemeinschaften und Gemeinschaften beteiligt. Dazu hat das Parlament Finanzhilfen von 30 Millionen Franken gesprochen. Diese Finanzhilfen werden während der ersten drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes gewährt und sind an die Mitfinanzierung von Kantonen oder Dritten zu gleichen Teilen gebunden. Kosten, welche vor Inkrafttreten des Gesetzes angefallen sind, können nur dann geltend gemacht werden, wenn das Gesuch bis und mit dem 14. Oktober 2017 eingereicht wird.

<sup>18</sup> Vgl. Bolliger und Rüefli (2016, S. 8f.).

## 3 Ergebnisse

Im vorliegenden Kapitel sind die Ergebnisse aus der ersten Phase der formativen Evaluation dargestellt. Die Unterkapitel orientieren sich an den einzelnen Evaluationsfragestellungen (vgl. dazu Tabelle 1). Wenn nicht explizit anders bezeichnet, stützen sich die Ergebnisse auf die Interviews mit den an der Umsetzung beteiligten Akteuren.

### 3.1 Allgemeiner Stand der Umsetzung

Im Rahmen der durchgeführten Interviews befand die überwiegende Mehrheit der befragten Personen, dass sich die Umsetzung des EPDG auf Kurs befände.

Vereinzelt wurde jedoch angemerkt, dass die Phase des «operationellen EPD» wahrscheinlich etwas später erreicht werden wird als im dritten Quartal 2018, wie dies gemäss Einführungsplan vom 22. März 2017 vorgesehen gewesen wäre.<sup>19</sup> An der erfolgreichen formalen Umsetzung bis zum 14. April 2020 (akutsomatische Spitäler, Rehakliniken, Psychiatrien) bzw. 14. April 2022 (Geburtshäuser, Pflegeheime) wird aber kaum gezweifelt. Von technischer Seite her wird einzig in Frage gestellt, dass alle Leistungserbringer bis zum Ende der jeweiligen Übergangsphase für die Implementation des EPDG bereit sein werden. Dies, da teilweise der Aufwand für die Anbindung der Primärsysteme an das Sekundärsystem einer Stamm-/Gemeinschaft unterschätzt wird, insbesondere durch mittlere und kleinere Leistungserbringer mit einem aktuell noch niedrigen Digitalisierungsgrad.

Einschränkend sei erwähnt, dass die Interviews, auf denen die oben dargestellte Einschätzung basiert, im Zeitraum von Ende Oktober bis Anfang Dezember 2017 durchgeführt wurden. Mit dem Newsletter vom 19. Dezember 2017 informierte eHS über Verzögerungen bezüglich der Umsetzungsaktivitäten.<sup>20</sup> Diese Verzögerungen sind zurückzuführen auf noch ungelöste Herausforderungen in Bezug auf die technischen Vorgaben, welche im Rahmen des Ende September 2017 organisierten „EPD-Projectathon“ zu Tage traten. Diese betreffen namentlich die «Darstellung der Protokolldaten für den Patienten», den «Zugriff durch eine Hilfsperson» sowie die «Vertrauenskette»<sup>21</sup>. Die Tatsache, dass sich diese technischen Herausforderungen erst mit dem „EPD-Projectathon“ aufzeigten, ist mitunter darauf zurückzuführen, dass durch die äusserst dezentrale Umsetzung des EPD in der Schweiz viele Konzepte und Prozesse neu entwickelt werden müssen. Zwar stützt sich die Umsetzung des EPD auf internationale Standards, jedoch genügen diese nicht, um die Vorgaben des EPDG betreffend die dezentrale Datenhaltung zu gewährleisten.

Ausgehend von diesen technischen Herausforderungen entschieden BAG und eHS, die Revision des Ausführungsrechts erst nach weiteren ausführlichen technischen Tests vorzunehmen, welche voraussichtlich rund 18 Monate in Anspruch nehmen werden.<sup>22</sup> Das revidierte Ausführungsrecht kann somit frühestens Mitte 2019 in Kraft gesetzt werden. Um am geplanten Einführungsstermin am 15. April 2020 festhalten zu können, wird neu eine Zertifizierung in zwei Phasen ermöglicht. In einer ersten Phase wird der organisatorische Teil auditiert,<sup>23</sup> so dass der organisatorische Aufbau der Stamm-/Gemeinschaften als zukünftige EPD-Anbieter trotzdem vorangetrieben werden kann. Abgeschlossen wird die Zertifizierung erst mit der technischen Zertifizierung, welche in einer zweiten Phase erfolgt, wenn das revidierte Ausführungsrecht in Kraft gesetzt ist. Für die technische Zertifizierung müssen sämtliche technische An-

---

<sup>19</sup> Vgl. eHealth Suisse (2017a).

<sup>20</sup> Vgl. eHealth Suisse (2017b).

<sup>21</sup> Die «Vertrauenskette» stellt sicher, dass über mehrere Arbeitsschritte hinweg verlässlich überprüft werden kann, dass die Informationen korrekt und unverändert übermittelt wurden.

<sup>22</sup> Der nächste IHE-Connectathon findet vom 16. bis 20. April 2018 in Den Haag statt. Während der ganzen Woche wird ein Schweizer EPD-Projectathon als Parallelanlass angeboten. Zudem finden im September 2018 und eventuell Anfang 2019 weitere Schweizer EPD-Projectathons statt.

<sup>23</sup> Dies betrifft etwa die Abläufe zur Registrierung von Patienten und Gesundheitsfachpersonen, die Einbindung der Herausgeber der Identifikationsmittel, den Aufbau des Managementsystems für Datenschutz und Datensicherheit sowie alle internen vertraglichen Regelungen.

forderungen gemäss TOZ erfüllt sein. Die ersten Zertifizierungen von Stamm-/Gemeinschaften können somit voraussichtlich im zweiten Halbjahr 2019 abgeschlossen werden. Ein entsprechend angepasster Einführungsplan wird Anfang 2018 erarbeitet und kommuniziert.<sup>24</sup>

### 3.1.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Es ist grundsätzlich schwierig zu beurteilen inwiefern die entstandenen Verzögerungen antizipierbar gewesen wären. Rückblickend gesehen war es sicherlich optimistisch, davon auszugehen, dass die abschliessende Revision des Ausführungsrechts basierend auf einem einmaligen Testlauf im Herbst 2017 (EPD-Projectathon) realisiert werden kann. Gerade mit Rücksicht auf die spezifischen Vorgaben für die Umsetzung des EPD in der Schweiz (insbesondere dezentrale Organisation und Datenhaltung) und die damit notwendigen Eigenentwicklungen, wurde der Aufwand für den Test, anschliessende Anpassungen und erneute Tests im Rahmen der Einführungsplanung unterschätzt.

Wichtiger als die Beurteilung, ob diese Verzögerungen in der Planung vorhersehbar gewesen wären, scheint aus Sicht der Evaluierenden die Bewertung der daraus abgeleiteten Massnahmen: zusätzliche technische Tests, Verschiebung der Revision des Ausführungsrechts und Zertifizierungsverfahren in zwei Phasen. Anhand dieser Massnahmen kann sichergestellt werden, dass die Revision des Ausführungsrechts basierend auf ausführlich getesteten technischen Konzepten basiert. Gleichwohl kann am Einführungstermin vom 15. April 2020 (Auslaufen der Übergangsfrist für Spitäler) festgehalten werden.

Die Akkreditierung der Zertifizierungsstelle(n) wird durch die Schweizerische Akkreditierungsstelle (SAS) durchgeführt und war gemäss Einführungsplan vom März 2017 in Form eines «Witness Audit» vorgesehen.<sup>25</sup> Dabei wird nach der Begutachtung der zuvor durch die Zertifizierungsstelle(n) erarbeiteten Prüfkataloge die erste Zertifizierung einer Stamm-/Gemeinschaft bzw. eines Herausgebers eines Identifikationsmittels begleitet und kontrolliert. Durch die Verzögerung hinsichtlich der Revision des Ausführungsrechts muss dieser Ansatz in Frage gestellt werden. Ohne die revidierten Vorgaben des Ausführungsrechts sind die Zertifizierungsstellen kaum in der Lage, die entsprechenden Prüfkataloge für die technische Zertifizierung zu erarbeiten. Erfolgt die Akkreditierung erst, wenn diese vorliegen, besteht das Risiko, dass auf Seiten der Zertifizierungsstellen bzw. seitens SAS ein Engpass entsteht, wenn im zweiten Halbjahr 2019 alle Stamm-/ Gemeinschaften die Zertifizierung anstreben und parallel dazu die Akkreditierung mittels «Witness Audit» erfolgen soll.

	Empfehlung(en)	Adressat(en)
(E.1)	<p>In Anlehnung an die Zertifizierung in zwei Phasen drängt sich ebenfalls eine Akkreditierung der Zertifizierungsstellen in zwei Phasen auf. Zusätzlich müssten die Prüfkataloge für die technische Zertifizierung parallel zu weiteren Konkretisierung der technischen Anforderungen erarbeitet werden, so dass zeitnah nach der Revision des Ausführungsrechts die technischen Zertifizierungen realisiert werden können.</p> <p>Weiter könnte die technische Akkreditierung der Zertifizierungsstellen schrittweise erfolgen, jeweils nachdem die Tests einer spezifischen Komponente erfolgreich abgeschlossen wurden. Mit Rücksicht auf das geplante «Witness Audit» würde dies allerdings bedeuten, dass die erste Zertifizierung – bzw. einzelne Schritte davon – vor der Verabschiedung des revidierten Ausführungsrechts erfolgt.</p>	BAG / SAS

Eine effiziente Weiterentwicklung der EPD-Plattformen durch die technischen Anbieter im Rahmen des neuen Zertifizierungsverfahrens bedingt, dass jeweils klar ist, welche Aspekte der technischen Vorgaben definitiv sind. Nur so kann ausreichend Handlungssicherheit geschaffen werden, so dass mitunter auch die vorgesehenen Zusatzdienste nach diesen Vorgaben ausgerichtet werden können. Als Ersatz für das revidierte Ausführungsrecht bedarf es

<sup>24</sup> Vgl. eHealth Suisse (2017b, S.2).

<sup>25</sup> Vgl. eHealth Suisse (2017a).

hierzu einer klaren Kommunikation seitens eHS bzw. BAG sowie eine starke Einbindung der technischen Anbieter – einschliesslich der Anbieter von Klinikinformationssystemen (KIS) und Praxisinformationssystemen (PIS) – in Bezug auf die weiteren Tests und Anpassungen der technischen Vorgaben.

	Empfehlung(en)	Adressat(en)
(E.2)	Definitive technische Vorgaben sind zeitnah und explizit zu kommunizieren, so dass die notwendige Handlungssicherheit für die Stamm-/Gemeinschaften und ihre technischen Anbieter gewährleistet ist.	eHS
(E.3)	Die technischen Anbieter sind in die weiteren Tests und Anpassungen der technischen Vorgaben einzubinden. Auch ein aktiver Miteinbezug der Anbieter von Primärsystemen (KIS/PIS) erscheint nützlich, sowohl für die technische Spezifikation der Anforderungen im Zusammenhang mit dem EPD, als auch mittelfristig im Hinblick auf die Kommunikation gegenüber den Leistungserbringern. Konkret sind die Anbieter von Primärsystemen aktiv zur Teilnahme an den anstehenden Tests bzw. Projectathon-Durchführung aufzufordern und zu motivieren.	eHS

Mit Rücksicht auf die angepasste Einführungsplanung würden weitere Verzögerungen den geplanten Einführungszeitpunkt vom 15. April 2020 (Auslaufen der Übergangsfrist für Spitäler und Kliniken) gefährden. Ein enges Monitoring der weiteren Umsetzungsaktivitäten<sup>26</sup> ist deshalb unumgänglich und wird gemäss Factsheet eHealth Suisse<sup>27</sup> durch den Bund und den Steuerungsausschuss von eHealth Suisse wahrgenommen.

	Empfehlung(en)	Adressat(en)
(E.4)	Die operative Zuständigkeit für das Monitoring der weiteren Umsetzungsaktivitäten ist explizit festzulegen, um eine zeitnahe Reaktion auf allfällige Verzögerungen sicherzustellen.	eHS

### 3.2 Entwicklung der Stamm- /Gemeinschaften

Einige Kantone haben sich bereits vor dem Inkrafttreten des EPDG aktiv mit dem Thema eHealth im Allgemeinen und dem EPD im Speziellen auseinandergesetzt. Für eine Darstellung der Aktivitäten in den einzelnen Kantonen verweisen wir an dieser Stelle auf die Zusammenstellung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)<sup>28</sup> und beschränken uns nachfolgend auf die Entwicklung aus der Perspektive der Stamm-/Gemeinschaften.

Per 1.1.2018 werden insgesamt 13 Projekte zur Gründung einer Stamm-/Gemeinschaft vorangetrieben<sup>29</sup>, wobei es sich dabei jedoch teilweise um Parallelentwicklungen handelt (vgl. die Angaben zu den Stammgemeinschaften Infomed, MonDossierMedical.ch und Communauté intercantonale de suisse-occidentale in Tabelle 2). Voraussichtlich werden somit von den aktuell 13 Projekten nicht alle umgesetzt bzw. die Projekte Infomed und MonDossierMedical.ch zum überkantonalen Projekt Communauté intercantonale de suisse-occidentale zusammengefasst. Bei den betreffenden Projekten sind zwölf als Stammgemeinschaft (gemäss Art.

<sup>26</sup> Dabei handelt es sich um ein Planungsmonitoring und ist nicht zu verwechseln mit dem Monitoring EPDG gemäss Kapitel 2.3.

<sup>27</sup> Vgl. eHealth Suisse (2017b).

<sup>28</sup> Vgl. GDK (2017) sowie Anhang VII.

<sup>29</sup> Gemäss Angaben eHealth Suisse (<https://www.e-health-suisse.ch/gemeinschaften-umsetzung/epd-gemeinschaften/gemeinschaften-im-aufbau.html>, 16.01.2018) sowie den eingereichten Finanzhilfesuchen. Nicht berücksichtigt wird das Projekt «eHealth Liechtenstein».

2 Abs. 1 lit. b EPDV) und lediglich eines als Gemeinschaft (gemäss Art. 2 Abs. 1 lit. a EPDV) vorgesehen.<sup>30</sup>

Der Umsetzungsstand der verschiedenen Projekte ist sehr unterschiedlich. Einige befinden sich erst am Beginn der Umsetzungsphase und werden die Stammgemeinschaft im Laufe des Jahres 2018 gründen. Andere Projekte sind bereits deutlich weiter fortgeschritten, wie beispielsweise eHealth Aargau, welches voraussichtlich bereits Anfang des Jahres 2018 den Zusatzdienst eZu- und Überweisung anbieten wird.

In der nachfolgenden Tabelle werden die verschiedenen Gemeinschaften und Stammgemeinschaften mit ihrer jeweiligen Organisationsform aufgezeigt. Dabei unterscheiden wir drei Gruppen basierend auf der Rolle der Kantone und dem geplanten Einzugsgebiet (regionales Kriterium) bzw. der primären Zielgruppe (funktionales Kriterium) der Stamm-/Gemeinschaften:

- Regionale Stammgemeinschaften mit finanzieller Unterstützung der jeweiligen Standortkantone
- Regionale Stammgemeinschaften ohne finanzielle Unterstützung der jeweiligen Standortkantone
- Nationale Stamm-/Gemeinschaften.

a) Regionale Stammgemeinschaften mit finanzieller Unterstützung der jeweiligen Standortkantone

Dieser Gruppe werden Stammgemeinschaften zugeordnet, die ein regional definiertes Einzugsgebiet anstreben und in welchen die jeweiligen Standortkantone eine aktive Rolle im Aufbau und teilweise im Betrieb des EPD übernehmen. Die regionale Abgrenzung des Einzugsgebiets kann dabei auf einen Kanton beschränkt sein (z.B. e-Health Ticino) oder sich auf eine überkantonale Versorgungsregion beziehen (z.B. eHealth Nordwestschweiz). Die aktive Rolle des Kantons drückt sich einerseits über finanzielle Beteiligung und andererseits über die Beteiligung in den jeweiligen Trägerorganisationen aus.

**Tabelle 2: Regionale SG mit finanzieller Unterstützung Kanton**

Name	Organisationsform	Einzugsgebiet/Zielgruppe	Rolle Kanton
eHealth Nordwestschweiz (Gründung auf ca. Mitte 2018 geplant) (Stammgemeinschaft)	Der Trägerverein eHealth Nordwestschweiz wurde im Januar 2017 gegründet, dieser koordiniert die Planung und Umsetzung des Aufbaus der zukünftigen Stammgemeinschaft.	Leistungserbringer & Einwohner/innen der Kantone BS, BL, SO und allenfalls weiterer Regionen abhängig von den Patientenströmen.	Die Kantone BS, BL, SO und JU (als Beobachter) sind Mitglieder des Trägervereins und unterstützen den Aufbau/Betrieb finanziell.
e-Health Ticino (Gründung 2018 geplant) (Stammgemeinschaft)	Der Trägerverein e-Health Ticino wurde im Juli 2016 gegründet, um das Pilotprojekt reTIsan in eine Stammgemeinschaft zu überführen. Gründung der Stammgemeinschaft voraussichtlich im Jahr 2018.	Leistungserbringer des Kantons TI & Einwohner/innen der italienischsprachigen Schweiz.	Der Kanton TI hat das Pilotprojekt reTIsan finanziert und wird auch den Aufbau der Stammgemeinschaft finanzieren. Der Betrieb soll durch die Leistungserbringer finanziert werden.
XAD-Stammgemeinschaft (Stammgemeinschaft)	Die axsana ag wurde für den Aufbau und den Betrieb der XAD-Stammgemeinschaft gegründet (Betreiberorganisation). Die axsana ag befindet sich zu 50% im Besitz der Trägerorganisation cantosana AG (je hälftig im Besitz der Kantone Bern und Zürich) und zu 50% im Besitz des Trägervereins XAD,	Leistungserbringer & Einwohner/innen der Kantone ZH, BE und SH.	Die Kantone BE und ZH sind Mitglieder der Trägerorganisation cantosana und dadurch zu 50% an der axsana ag

<sup>30</sup> Im Gegensatz zu einer "normalen" Gemeinschaft bieten Stammgemeinschaften den Patient/innen zusätzliche 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.

Name	Organisationsform	Einzugsgebiet/Zielgruppe	Rolle Kanton
	welchem diverse Leistungserbringer des Kantons Zürich angehören. Vorgesehen ist, dass die Mitglieder der IG BeHealth (Leistungserbringer des Kantons Bern) sich ebenfalls dem Trägerverein XAD anschliessen werden.		beteiligt. Beide Kantone leisten eine Anschubfinanzierung, der Betrieb soll jedoch ohne Beiträge der Kantone gewährleistet werden.
Communauté de référence Dossier Électronique du patient Neuchâtel  (Stammgemeinschaft)	Ende September 2017 hat der Grosse Rat des Kantons NE einen Kredit von 3 Millionen Franken für die Bildung einer Neuenburger Stammgemeinschaft verabschiedet. Im Dezember wurde die «Stammgemeinschaft elektronisches Patientendossier Neuenburg» und der «Trägerverein elektronisches Patientendossier Neuenburg» gegründet. Der Aufbau und Betrieb der Stammgemeinschaft wird durch den Trägerverein sichergestellt.	Noch nicht definiert	Der Kanton NE unterstützt die Gründung einer Stammgemeinschaft finanziell, weitere Angaben sind (noch) nicht verfügbar.
Infomed  (Stammgemeinschaft)	Seit dem Jahr 2009 bestehendes Pilotprojekt, welches nun an die EPDG-Vorgaben angepasst wird.  Sollte das Projekt einer interkantonalen Stammgemeinschaft «Romandie» der Kantone FR, JU, GE, VD und VS zustande kommen, wird Infomed sich dieser Stammgemeinschaft anschliessen.	Leistungserbringer und Einwohner/innen des Kanton Wallis.	Der Kanton VS hat das Pilotprojekt komplett finanziert. Zukünftig werden die Betriebskosten auf die Leistungserbringer aufgeteilt, der Kanton wird aber weiterhin einen Grossteil mitfinanzieren.
MonDossierMedical.ch  (Stammgemeinschaft)	Gründung Trägerverein IRIS Genève im Jahr 2000. Seit dem Jahr 2008 bestehendes Pilotprojekt (e-toile, seit Mai 2013: MonDossierMedical.ch), welches nun an die EPDG-Vorgaben angepasst wird.  Sollte das Projekt einer interkantonalen Stammgemeinschaft «Romandie» der Kantone FR, JU, GE, VD und VS zustande kommen, wird MonDossierMedical.ch sich dieser Stammgemeinschaft anschliessen.	Leistungserbringer und Einwohner/innen des Kanton Genf.	Der Kanton GE ist Mitglied des Trägervereins und finanziert das Pilotprojekt (Aufbau und Betrieb).
eHealth Aargau  (Stammgemeinschaft)	Im September 2014 wurde der Verein eHealth Aargau als breit abgestützte Trägerschaft gegründet, im November 2015 der Verein Stammgemeinschaft eHealth Aargau. Der Verein Stammgemeinschaft eHealth Aargau verantwortet – gestützt auf Leistungsvereinbarungen mit dem Kanton Aargau – den Aufbau und Betrieb des eHealth Ökosystems inklusive elektronisches Patientendossier und wird sich gemäss EPDG zertifizieren lassen.	Leistungserbringer und Einwohner/innen Kanton Aargau. Ausserkantonale Leistungserbringer, die Teil der Versorgungsregion sind, können ebenfalls Mitglied der Stammgemeinschaft werden. Patientinnen und Patienten, die sich im Kanton Aargau behandeln lassen, werden ebenfalls die Möglichkeit haben, ein elektronisches Patientendossier zu eröffnen, falls noch keines vorhanden ist.	Der Kanton AG fördert und koordiniert die eHealth-Aktivitäten in seinem Einzugsgebiet und unterstützt diese finanziell (Aufbau bis im Jahr 2018 und Betrieb ab 2018 während 10 Jahren) und personell.
Communauté intercantonale de suisse-occidentale (FR, GE, JU, VS, VD)  (noch nicht gegründet)  (Stammgemeinschaft)	Es ist eine Trägerschaft bestehend aus den fünf Mitgliedskantonen FR, GE, JU, VS und VD vorgesehen.	Leistungserbringer und Einwohner/innen der fünf Mitgliedskantone.	Die Kantone sind für die Steuerung und Finanzierung verantwortlich.

Quelle: diverse Dokumente und Webseiten, zusätzlich Validierung durch die Stamm-/Gemeinschaften.

b) (Über-)regionale Stammgemeinschaften ohne finanzielle Unterstützung der jeweiligen Standortkantone

Dieser Gruppe wird einerseits die Stammgemeinschaft Südost zugeordnet. Der Kanton Graubünden ist zwar Mitglied des Trägervereins eHealth Südost, leistet jedoch keine finanzielle

Unterstützung für den Aufbau und den Betrieb der Stammgemeinschaft. Andererseits werden die beiden Stammgemeinschaften Region Ost und Region Zentral, welche voraussichtlich durch Anbieter von Managed-Care Lösungen gegründet werden, dieser Gruppe zugeordnet. Für beide gilt, dass weder eine finanzielle Beteiligung der Kantone im Einzugsgebiet noch deren Mitgliedschaft in einer Trägerorganisation vorgesehen ist.

**Tabelle 3: Regionale Stammgemeinschaften ohne finanzielle Unterstützung Kanton**

Name	Organisationsform	Einzugsgebiet/Zielgruppe	Rolle Kanton
Stammgemeinschaft Südost (STG-SO) (Stammgemeinschaft)	Der Trägerverein eHealth Südost wurde im Januar 2016 gegründet und unterstützt und ermöglicht den Aufbau und den Betrieb einer Stammgemeinschaft für die Region Südostschweiz. (Kantone GR und GL sowie umliegende Regionen). Nach einem Evaluationsverfahren haben sich ausserdem die Glarner Leistungserbringer nun für den Verein eHealth Südost als regionale eHealth-Gemeinschaft entschieden. Aus dem Trägerverein heraus wurde die Stammgemeinschaft Südost am 08.12.2017 mittels Anpassung der Statuten gegründet.	Leistungserbringer und Einwohner/innen der Region Südostschweiz (Kantone GR und GL sowie umliegende Regionen).	Keine finanzielle Unterstützung durch die Kantone. Im Fokus steht die Information und Kommunikation der Bevölkerung. Der Kanton GR ist Mitglied des Trägervereins.
Stammgemeinschaft Region Ost (noch nicht gegründet) (Stammgemeinschaft)	Die Trägerorganisation Stammgemeinschaften Schweiz AG wurde von den beiden Managed Care Organisationen (MCOs) eastcare AG und grisomed AG gegründet. Die Stammgemeinschaften Schweiz AG strebt an, 4-6 regional verankerte Stammgemeinschaften zu gründen. Betreiberorganisationen der Stammgemeinschaft Region Ost sind grisomed AG und eastcare AG.	Leistungserbringer und Einwohner/innen der Kantone SG, TG, SH, AR, AI, GR, GL und der nordöstlichen Hälfte des Kantons Zürich. Primäre Zielgruppe: Managed Care Hausärzte der Versorgungsregion.	Keine
Stammgemeinschaft Region Zentral (noch nicht gegründet) (Stammgemeinschaft)	Die Trägerorganisation Stammgemeinschaften Schweiz AG wurde von den beiden Managed Care Organisationen (MCOs) eastcare AG und grisomed AG gegründet. Die Stammgemeinschaften Schweiz AG strebt an, 4-6 regional verankerte Stammgemeinschaften zu gründen. Betreiberorganisation Stammgemeinschaft Region Zentral ist die eastcare AG.	Leistungserbringer und Einwohner/innen der Kantone LU, NW, OW, ZG, SZ, UR und der südwestlichen Hälfte des Kantons Zürich. Primäre Zielgruppe: Managed Care Hausärzte der Versorgungsregion.	Keine

Quelle: diverse Dokumente und Webseiten, zusätzlich Validierung durch die Stamm-/Gemeinschaften.

### c) Nationale Stamm-/Gemeinschaften

Der dritten Gruppe sind die Stammgemeinschaft Abilis AG und die Gemeinschaft Verein AD Swiss zugeordnet. Analog zur zweiten Gruppe ist in diesen Stamm-/Gemeinschaften keine kantonale Beteiligung in der Trägerschaft vorgesehen. Ausserdem kennzeichnen sie sich durch ihre primäre Zielgruppe. Anders als bei den vorangehenden Gruppen liegt ihr Fokus nicht auf einem regional definierten Einzugsgebiet, sondern auf einer bestimmten Leistungserbringergruppe. Namentlich handelt es sich um die Apotheker (Abilis AG) bzw. ambulanten Arztpraxen (Verein AD Swiss).

**Tabelle 4: Nationale Stamm-/Gemeinschaften**

Name	Organisationsform	Einzugsgebiet/Zielgruppe	Rolle Kanton
Verein AD Swiss (noch nicht gegründet) (Gemeinschaft)	Die Gründung der Gemeinschaft Verein AD Swiss ist für das Jahr 2018 vorgesehen. Als Betriebsgesellschaft fungiert die AD Swiss Net AG, welche gemeinsam von der Health Info Net AG (HIN) und der Ärztekasse gegründet wurde.	Primäre Zielgruppe sind Arztpraxen in der gesamten Schweiz.	Keine
Abilis AG (Stammgemeinschaft)	Die nicht gewinnorientierte Aktiengesellschaft Abilis AG befindet sich im Besitz von ofac (80%) und pharماسuisse (20%), die Beteiligung weiterer Verbände wäre möglich. Die Umsetzung und der Betrieb der Stammgemeinschaft wird mittels Leistungsvertrag durch die ofac gewährleistet	Alle Leistungserbringer und Einwohner/-innen der Schweiz, primärer Fokus auf Apotheken.	Keine

Quelle: diverse Dokumente und Webseiten, zusätzlich Validierung durch die Stamm-/Gemeinschaften.

### 3.2.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Anhand der bereits gegründeten und vorgesehenen Stamm-/Gemeinschaften zeigt sich eine Tendenz zu überkantonalen Lösungen. Mit Ausnahme der Kantone Tessin, Aargau und Neuenburg bestehen in allen Kantonen explizite Bestrebungen, dass sich die Leistungserbringer überregionalen Stamm-/Gemeinschaften anschliessen.

Ausgehend von den seitens der Stamm-/Gemeinschaften aktuell kommunizierten Einzugsgebieten bzw. Zielgruppen sind sämtliche Regionen durch eine Stamm-/Gemeinschaft abgedeckt. Vor dem Hintergrund, dass diverse Stamm-/Gemeinschaften noch nicht gegründet wurden, besteht allerdings noch das Risiko, dass bestimmte Regionen nicht abgedeckt sein könnten.<sup>31</sup>

Hinsichtlich der Finanzierung durch die Kantone können sprachregionale Unterschiede festgestellt werden. In den Westschweizer Kantonen wird das EPD eher als Service-Public wahrgenommen, gekennzeichnet durch eine umfangreiche Aufbaufinanzierung der Stamm-/Gemeinschaften durch den Kanton. In den Deutschschweizer Kantone besteht hingegen eher die Ansicht, dass sich Stamm-/Gemeinschaften als private selbsttragende Organisationen konstituieren sollen.

	Empfehlung(en)	Adressat(en)
(E.5)	Die Entwicklung in den verschiedenen Versorgungsregionen ist aufmerksam zu beobachten. Sollten sich vorgesehene Stamm-/Gemeinschaften nicht realisieren lassen, sind die Implikationen für die regionale Abdeckung zu beurteilen und der allfällige diesbezügliche Handlungsbedarf abzuschätzen.	Kantone
(E.6)	Eine weitere Konsolidierung der Stamm-/Gemeinschaften in den kommenden Jahren ist nicht auszuschliessen. Allfällige Implikationen (z.B. in Bezug auf die gesprochenen Finanzhilfen) einer möglichen Fusion zweier Stamm-/Gemeinschaften sind deshalb frühzeitig zu klären.	BAG

Insgesamt stellen die Evaluierenden fest, dass in Kantonen, in denen sich die öffentliche Hand aktiv an der Auseinandersetzung mit den Themen eHealth im Allgemeinen und dem EPD im Speziellen beteiligt, der Aufbau der Stamm-/Gemeinschaften und die Implementation des EPD weiter fortgeschritten ist. Eine aktive Beteiligung ist nicht zu reduzieren auf eine finanzielle Beteiligung oder die Beteiligung an Trägerschaften von Stamm-/Gemeinschaften. Ungeachtet des Rollenverständnisses der Kantone in Bezug auf die organisatorische Umsetzung des EPDG und die Finanzierung der Stamm-/Gemeinschaften können die Kantone die Einführung und Verbreitung des EPD sowie die Nutzung der Potentiale, welche mit dem EPD bestehen (vgl. dazu auch Kapitel 3.4), massgeblich beeinflussen, indem sie die Themenführerschaft übernehmen und das EPD und eHealth aktiv in ihre versorgungsplanerischen Überlegungen einbeziehen. Eine geeignete Grundlage bildet dabei die Checkliste «Vision, Strategie und Finanzierungsmodell» von eHS.<sup>32</sup>

	Empfehlung(en)	Adressat(en)
(E.7)	Das EPD ist aktiv in die versorgungsplanerischen Überlegungen der Kantone einzubeziehen. Klare Zielsetzungen sind zu formulieren und davon ausgehend die Massnahmen seitens der öffentlichen Hand zu definieren.	Kantone

<sup>31</sup> Diese Aussage nimmt Bezug auf die formulierten Einzugsgebiete bzw. zentralen Zielgruppen der Stamm-/Gemeinschaften. Einige Stamm-/Gemeinschaften zeigen sich allerdings offen, auch Gesundheitsfachpersonen ausserhalb des primären Einzugsgebiets bzw. der primären Zielgruppe aufzunehmen.

<sup>32</sup> Vgl. eHS (2016, S.16ff.).

### 3.3 Zusatzdienste

Die sogenannten Zusatzdienste (auch «Mehrwertdienste» oder «EPD-nahe Anwendungen» genannt) sind Prozesse ausserhalb des gesetzlich festgeschriebenen Funktionsumfangs des EPD. Inhaltlich ist es dabei schwierig abzugrenzen, welche Komponenten zum EPD gehören und welche Komponenten unter den Zusatzdiensten zu subsumieren sind, zumal im EPDG die Inhalte des EPD nicht näher spezifiziert werden.<sup>33</sup> Besser nachvollziehbar ist die Abgrenzung zwischen dem EPD (im engeren Sinn) und den Zusatzdiensten aus einer funktionalen Perspektive. Währenddessen das EPD die notwendige Infrastruktur für die dezentrale Ablage der behandlungsrelevanten Daten und ortsunabhängigen Zugriff bereitstellt, beinhalten Zusatzdienste den Informationsaustausch ausserhalb der EPD-Gesetzgebung zwischen zwei oder mehreren Institutionen, welche Teil einer Gemeinschaft sind. Die beteiligten Institutionen können dabei auch verschiedenen Gemeinschaften angehören. Dies umfasst mitunter auch die Nutzung der durch das EPD verfügbaren Infrastruktur für die Kommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonen, auch wenn die betreffende Patientin nicht über ein EPD verfügt. Beispielsweise ermöglicht die Infrastruktur des EPD so den Austausch eines strukturierten Medikamentenplans zwischen zwei Leistungserbringern, sodass dieser direkt in die jeweiligen Primärsysteme der Leistungserbringer integriert werden kann.

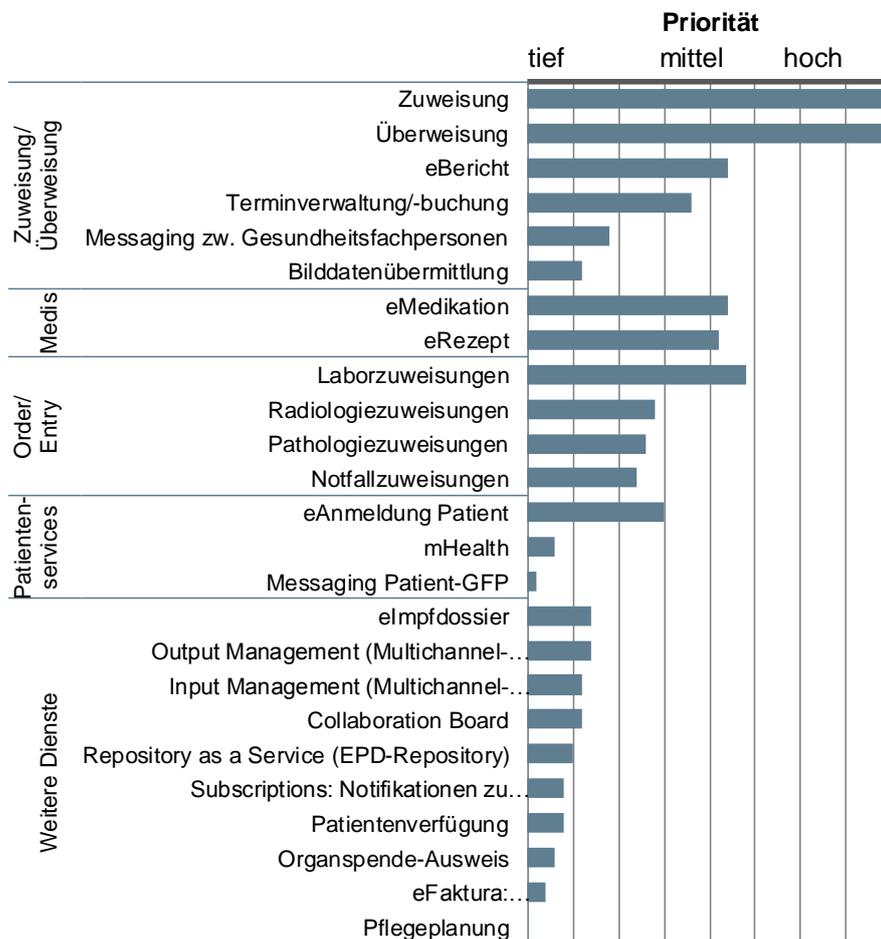
Bei den bislang angedachten Zusatzdiensten handelt es sich mehrheitlich um Business-to-Business (B2B) Prozesse zwischen Leistungserbringern bzw. Gesundheitsfachpersonen, grundsätzlich sind aber auch Business-to-Customer (B2C) Prozesse denkbar, d.h. Dienste, die an Patient/innen bzw. an die Bevölkerung gerichtet sind. Abbildung 2 gibt einen Überblick über potentielle Zusatzdienste einschliesslich der Priorisierung der Zusatzdienste.

Aufgrund der frühen Phase in der Umsetzung der verschiedenen EPD-Projekte lässt sich die Frage nach den effektiv angebotenen Zusatzdiensten noch nicht abschliessend beantworten. Ausgehend von den geführten Interviews wird den Zusatzdiensten jedoch eine zentrale Rolle in der Umsetzung und Verbreitung des EPD insbesondere auf Seiten der (ambulanten) Leistungserbringer zugeschrieben, da die Zusatzdienste einen effektiven betriebswirtschaftlichen Nutzen bieten würden, welcher zusätzlich einfach kommuniziert werden kann (vgl. dazu auch Kapitel 3.3.1). Auch aus Sicht der technischen Anbieter stellen die Zusatzdienste einen wesentlichen Anreiz dar, sich am Aufbau und der Finanzierung der Stamm-/Gemeinschaften zu beteiligen. Aus diesem Grund hat sich beispielsweise die Stammgemeinschaft eHealth Aargau dazu entschieden, zuerst den Zusatzdienst *eZu- und Überweisung* zu ermöglichen und erst in einem zweiten Schritt bzw. sobald möglich das EPD anzubieten.

---

<sup>33</sup> Im EPDG selbst wird nicht näher beschrieben, welche Daten zwingend im EPD enthalten sein müssen bzw. welche Daten über das EPD abrufbar sein müssen. In Art. 2 Abs. a EPDG wird in diesem Zusammenhang einzig beschrieben, dass im EPD die *behandlungsrelevanten Daten aus der Krankengeschichte* zugänglich gemacht werden. Erst mit den Austauschformaten in Anhang 4 der EPDV-EDI werden die konkreten Inhalte definiert. Dieser Anhang ist jedoch Gegenstand des Ausführungsrechts und mit Bezug auf die vorgesehene Revision des Ausführungsrechts somit Gegenstand der Umsetzung und kann zum aktuellen Zeitpunkt nicht als Grundlage für die Abgrenzung dienen.

Abbildung 2: Überblick Zusatzdienste und Priorisierung



Kommentare:

- Die Priorisierung basiert auf der Einschätzung der «Kerngruppe Zusatzdienste» von eHS.
- Die von den Stamm-/Gemeinschaften verwendeten Bezeichnungen für die Zusatzdienste variieren, ebenso die einzelnen Funktionen, die einem bestimmten Dienst zugeordnet werden. So führen einzelne Stamm-/Gemeinschaften die Berichts- und Bildübermittlung einzeln auf, während andere diese vermutlich unter dem Begriff «Zuweisung/Überweisung» subsumieren.

Quelle: Bestandesaufnahme Zusatzdienste (vgl. eHS 2017k, S.7)

### 3.3.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Da es sich bei diesen Zusatzdiensten nicht um Komponenten des EPD im engeren Sinn handelt, bestehen gemäss EPDG keine abschliessenden Vorgaben betreffend die Ausgestaltung dieser Dienste. Gleichwohl ist die technische Interoperabilität der Zusatzdienste ein wesentlicher Faktor für das effektive Funktionieren des EPD sowie die Verbreitung des EPD und somit auch im Hinblick auf die Zielsetzungen des EPDG (vgl. dazu auch Kapitel 3.4). eHealth Suisse hat die wesentliche Bedeutung der Interoperabilität der Zusatzdienste erkannt und klärt zusammen mit den künftigen Stamm-/Gemeinschaften und deren technischen Anbietern bei welchen ergänzenden Anwendungen eine standardbasierte Durchlässigkeit wünschenswert ist. Denkbar ist, dass unter der Koordination von eHealth Suisse für diese Anwendungen technische Leitplanken definiert und nationale Empfehlungen erarbeitet werden.<sup>34</sup> Vor diesem Hin-

<sup>34</sup> Vgl. eHealth Suisse (2017e).

tergrund wurde von Bund und Kantone eine entsprechende Zielsetzung im Entwurf der «Strategie eHealth Schweiz 2.0» aufgenommen, wonach eHealth Suisse «Empfehlungen für die schweizweite Interoperabilität von EPD-nahen Anwendungen» erarbeiten soll.<sup>35</sup>

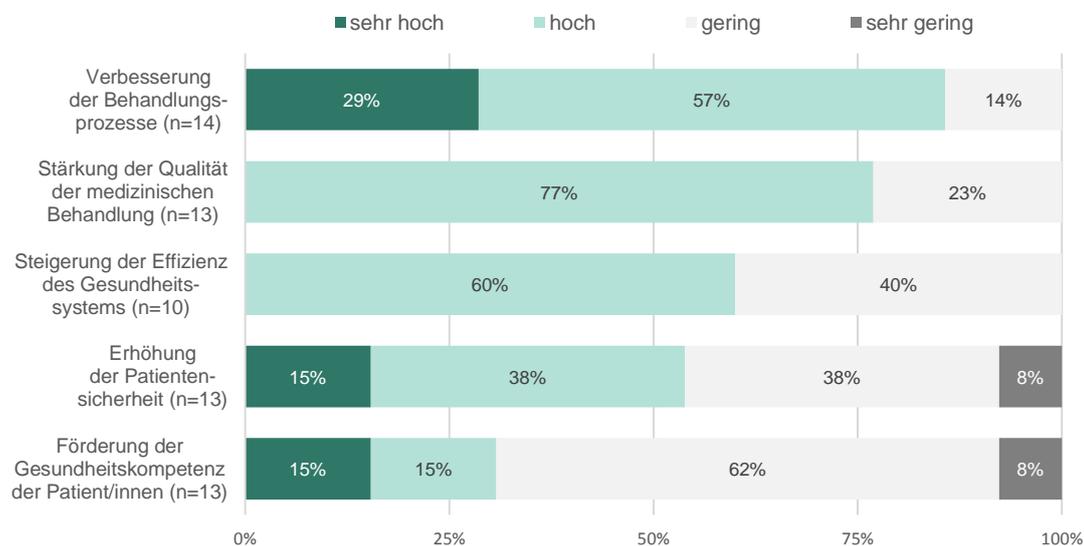
Empfehlung(en)	Adressat(en)
(E.8) Die Bemühungen von eHS betreffend die Erarbeitung nationaler Empfehlungen zur Sicherstellung der Interoperabilität von Zusatzdiensten sind parallel zur Umsetzung des EPDG voranzutreiben.	eHS

### 3.4 Kohärenz der Umsetzung mit den Zielsetzungen des EPDG

Mit dem EPD sollen gemäss Art. 1 Abs. 3 EPDG die Qualität der medizinischen Behandlung gestärkt, die Behandlungsprozesse verbessert, die Patientensicherheit erhöht, die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert und die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten gefördert werden. Inwiefern diese Ziele erreicht werden, ist nicht Gegenstand der formativen Evaluation, da dies zum jetzigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden kann. Gleichwohl soll im Rahmen der formativen Evaluation der Bezug zu den übergeordneten Zielsetzungen des EPDG hergestellt werden. Vor diesem Hintergrund wurden die Vertretenden der Stamm-/Gemeinschaften und Kantone im Rahmen der Gruppeninterviews gefragt, wie sie das Potential des EPD im Hinblick auf die Erreichung zum aktuellen Zeitpunkt und anhand der bisherigen Umsetzungserfahrungen einschätzen (vgl. Abbildung 3).

**Abbildung 3: Potential in Bezug auf die Zielsetzungen EPDG**

Frage: Zum aktuellen Zeitpunkt, wie schätzen Sie das Potential des EPD in Bezug auf die nachfolgend aufgeführten Zielsetzungen gemäss Art. 1 Abs. 3 des EPDG ein?



Quelle: Gruppeninterviews im Rahmen des "3. Treffens der Koordinationsgruppe Kantone & Gemeinschaften"

Das grösste Potential machen die befragten Personen in Bezug auf die Optimierung der Behandlungsprozesse aus. Ebenfalls eine deutliche Mehrheit sieht ein hohes Potential im Hinblick auf Verbesserungen der Behandlungsqualität und Effizienzsteigerungen im Gesundheitssystem. Lediglich eine knappe Mehrheit spricht dem EPD ein massgebliches Potential bezüglich der Erhöhung der Patientensicherheit zu. Kritisch beurteilt wird insbesondere die

<sup>35</sup> Vgl. eHealth Suisse (2017f, S.15).

Zielsetzung «Förderung der Gesundheitskompetenz der Patient/innen», eine Mehrheit der Interviewpartner/innen geht davon aus, dass das EPD nur einen geringen oder sehr geringen Einfluss auf die Förderung der Gesundheitskompetenzen haben wird (vgl. dazu auch Tabelle 5).

Für die Interpretation dieser Einschätzung sei zum einen darauf hingewiesen, dass innerhalb der drei durchgeführten Gruppeninterviews eine Gruppe auf die Beantwortung dieser Frage verzichtete. Dies mit der Begründung, dass diverse Faktoren einen massgeblichen Einfluss darauf haben werden, ob das Potential des EPD in Bezug auf die Erreichung der genannten Zielsetzungen ausgeschöpft werden kann. Hervorgehoben wurde dabei die Verbreitung des EPD, im Sinne, dass die breite Nutzung des EPD in der Bevölkerung sowie bei den ambulanten Leistungserbringern eine notwendige Voraussetzung darstellt. Ausgehend von der doppelten Freiwilligkeit<sup>36</sup> werde die Verbreitung des EPD massgeblich davon beeinflusst, welchen Nutzen Patient/innen und ambulante Leistungserbringer dem EPD zuschreiben. Aus Sicht der befragten Gruppe wird insbesondere bei den ambulanten Leistungserbringern der zugeschriebene Nutzen wesentlich durch Dienste bestimmt, welche ausserhalb des eigentlichen EPD angeboten werden (Zusatzdienste, vgl. auch Kapitel 3.3). Dabei handelt es sich insbesondere um Angebote im Bereich der B2B-Prozesse, wobei das EPD zwar die Grundlage für diese Angebote darstellt, weil es die dafür notwendige Infrastruktur bereitstellt. Gleichwohl sei das Potential des EPD in Bezug auf die genannten Zielsetzungen nicht losgelöst von diesen zusätzlichen Angeboten beurteilbar.

Zum andern ist bei der Interpretation von Abbildung 3 ebenfalls zu berücksichtigen, dass die Einschätzung eine Momentaufnahme darstellt. Der Umsetzungsprozess des EPDG steht erst ganz am Anfang, währenddessen die erwähnten Zielsetzungen potentiell erst mittel- bis langfristig erreicht werden können. In diesem Zusammenhang wurden die Interviewpartner/innen im Rahmen der Einzelinterviews nach Entwicklungen bei der Umsetzung des EPDG gefragt, welche den Zielsetzungen des EPD gemäss Art. 1 Abs. 3 EPDG zuwiderlaufen. Aus den Antworten aus 15 Interviews mit Personen aus verschiedensten Gesundheitsbereichen liessen sich nachfolgende Risikofaktoren herleiten.

**Tabelle 5: Zielsetzungen EPDG und Risikofaktoren**

Zielsetzungen EPDG *	Zentrale Risikofaktoren **
Stärkung der Qualität der medizinischen Behandlung	Dieses Ziel könnte durch eine fehlende Interoperabilität der verschiedenen Systeme/ Zusatzdienste, durch die Gefahr einer entstehenden Datenflut und durch den Widerstand der Gesundheitsfachpersonen gefährdet werden.
Verbesserung der Behandlungsprozesse	Eine mangelnde Verbreitung des EPD aufgrund der doppelten Freiwilligkeit, insbesondere bei den ambulanten Leistungserbringern, würde die Nutzung des EPD in der Praxis behindern.
Erhöhung der Patientensicherheit	Gemäss einigen Aussagen wird das Potential betreffend die Patientensicherheit durch die «Optionen der Patientinnen und Patienten» gemäss Art. 4 EPDV gefährdet. Die unvollständige Verfügbarkeit behandlungsrelevanter Daten können seitens der Gesundheitsfachpersonen mit Zugang zum EPD zu einer falschen Einschätzung führen, wenn die behandelnde Gesundheitsfachperson davon ausgeht, über alle relevanten Informationen zu verfügen.
Steigerung der Effizienz des Gesundheitssystems	Auch in Bezug auf diese Zielsetzung wird die mangelnde Verbreitung des EPD als zentraler Risikofaktor erachtet.
Förderung der Gesundheitskompetenz der Patient/innen	Diverse Interviewpartner/innen stellen den Zusammenhang zwischen dem EPD und der Gesundheitskompetenz der Patient/innen grundsätzlich in Frage. Als Begründung wird angeführt, dass das EPD nicht geeignet sei, um die Gesundheitskompetenz zu fördern. Ohne das notwendige medizinische Wissen sind die mit dem EPD verfügbaren Informationen für die Patientinnen und Patienten nur bedingt nutzbar.

Quelle: (\*) Art. 1 Abs. 3 EPDG, (\*\*) Einzelinterviews

<sup>36</sup> Für Patientinnen und Patienten ist das Führen eines EPD freiwillig. Ebenso steht es den ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen frei, ob sie ihren Patientinnen oder Patienten ein elektronisches Patientendossier anbieten wollen. Diese gesetzliche Ausgangslage wird mit dem Begriff «doppelte Freiwilligkeit» umschrieben.

### 3.4.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Insgesamt wird das Potential des EPD betreffend die Erreichung der Ziele gemäss Art.1 Abs.3 EPDG verhalten optimistisch beurteilt. Inwiefern diese Potentiale ausgeschöpft werden können, hängt aus Sicht der befragten Personen aber von Aspekten ab, welche über die Umsetzung des EPDG hinausgehen. Zentrale Chancen und Risiken hängen mit der breiten Nutzung des EPD zusammen, weshalb der Information und Motivation der ambulanten Leistungserbringer und der Bevölkerung zur Nutzung des EPD ein hoher Stellenwert zukommt. Namentlich ist insbesondere die Verbreitung des EPD sowohl bei den Patientinnen und Patienten als auch bei den Leistungserbringern von wesentlicher Bedeutung. Aufgrund der im EPDG verankerten Freiwilligkeit für Patientinnen und Patienten sowie für die ambulanten Leistungserbringer müssen diese vom Nutzen des EPD überzeugt werden. In Bezug auf die ambulanten Leistungserbringer werden nach Einschätzung der befragten Personen insbesondere die Zusatzdienste und deren Interoperabilität ausschlaggebend für den wahrgenommenen Nutzen des EPD sein.

	Empfehlung(en)	Adressat(en)
(E.9)	In der Information und Kommunikation gegenüber den ambulanten Leistungserbringern sind die Zusatzdienste des EPD aktiv einzubeziehen, da der unmittelbare Nutzen des EPD für ambulante Leistungserbringer insbesondere anhand der Zusatzdienste fassbar gemacht werden kann. Nützlich wären diesbezüglich Best-Practice-Beispiele, welche den Mehrwert des EPD in der Praxis bzw. im konkreten Behandlungsprozess aufzeigen.	eHS / G/SG
(E.10)	Nebst eHS und den Stamm-/Gemeinschaften sind hier auch die Kantone gefordert. Gemäss Art. 15 EPDG bzw. gemäss Botschaft des Bundesrates zum EPDG <sup>37</sup> obliegt die Information der Gesundheitsfachpersonen in den verschiedenen Versorgungsregionen den Kantonen.	Kantone

### 3.5 Markt der technischen Anbieter

In Tabelle 6 sind die technischen Anbieter der vorgesehenen Stamm-/Gemeinschaften aufgeführt, sofern dies bekannt ist. Der Markt wird mehrheitlich unter den drei grossen Playern Post (3 Projekte), Swisscom (2 Projekte) und dem Konsortium AD Swiss Net AG/BINT (3 Projekte) aufgeteilt.

**Tabelle 6: Technische Anbieter nach Stamm-/Gemeinschaft**

Name Stamm-/Gemeinschaft	Technischer Anbieter
eHealth Nordwestschweiz	Swisscom
e-Health Ticino	_ <sup>38</sup>
XAD-Stammgemeinschaft	Swisscom
Communauté de référence Dossier Électronique du patient Neuchâtel	-
Infomed	IDO-in
MonDossierMedical.ch	Post
eHealth Aargau	Post
Stammgemeinschaft Südost (STG-SO)	Post

<sup>37</sup> Vgl. Bundesrat (2013, S.5390).

<sup>38</sup> Beim Pilotprojekt reTIsan war die Post der technische Anbieter, für das Folgeprojekt e-Health Ticino läuft aktuell eine Ausschreibung.

Name Stamm-/Gemeinschaft	Technischer Anbieter
Stammgemeinschaft Region Ost	AD Swiss Net AG, BINT
Stammgemeinschaft Region Zentral	AD Swiss Net AG, BINT
Verein AD Swiss	BINT, InterSystem, canon, arpage, HIN
Abilis AG	Ofac

Quelle: diverse Dokumente und Webseiten, zusätzlich Validierung durch die Stamm-/Gemeinschaften

Gemäss Tabelle 6 sind die Post und die Swisscom ausschliesslich in (über)regional tätigen Stammgemeinschaften involviert, während sich das Konsortium AD Swiss Net AG/BINT auf national tätige Stamm-/Gemeinschaften für nicht-stationäre Leistungserbringer spezialisiert hat.<sup>39</sup> Der zentrale Anreiz dieser Anbieter, sich in diesem Markt zu engagieren, ist gemäss Einschätzung der befragten Personen nicht in erster Linie auf den Aufbau und Betrieb der EPD-Infrastruktur selbst zurückzuführen, sondern hauptsächlich auf das Angebot zusätzlicher Dienstleistungen (Zusatzdienste) zuhanden der Leistungserbringer.

### 3.5.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Im Rahmen der Gruppeninterviews wurden die Vertreter/innen der Stamm-/Gemeinschaften und der Kantone gefragt, wie gut der Markt der technischen Anbieter aus ihrer Sicht funktioniert. Mit Bezug auf die Tatsache, dass vornehmlich drei Anbieter als technische Anbieter von EPD-Infrastrukturen auftreten, wurde die Bezeichnung als «Markt» teilweise kritisch eingeschätzt. Setzt man die Zahl der technischen Anbieter ins Verhältnis zur Grösse des Marktes (aktuell 12 Stamm-/Gemeinschaften gemäss Tabelle 6<sup>40</sup>), erscheint die aktuelle Ausgangslage mit drei zentralen Anbietern aus wettbewerbsorientierter Perspektive nicht problematisch. So wurde im Rahmen der Interviews auch nicht auf etwaige Probleme hingewiesen, die sich aufgrund der überschaubaren Zahl der technischen Anbieter ergeben würden.

Mit Bezug auf Tabelle 6 ist ausserdem zu berücksichtigen, dass nebst den dort erwähnten Anbietern weitere Firmen in die technische Entwicklung der EPD-Infrastruktur involviert sind. Es handelt sich dabei insbesondere um die Anbieter von Klinik- bzw. Praxisinformationssystemen (KIS bzw. PIS). So haben beispielsweise am Projectathon 2017 Vertretende von insgesamt 16 Firmen teilgenommen.<sup>41</sup> Die betreffenden Firmen sind insbesondere für die Anbindung der Primärsysteme ans EPD zuständig.

Mit Rücksicht auf die obigen Erwägungen ergibt sich aus Sicht der Evaluierenden zum aktuellen Zeitpunkt kein Handlungsbedarf, weshalb auf die Formulierung von Empfehlungen verzichtet wird.

### 3.6 Finanzierung Stamm-/Gemeinschaften und Finanzhilfen

Um die Einführung und Verbreitung des EPD voranzutreiben, unterstützt der Bund den Aufbau und die Zertifizierung von Stamm-/Gemeinschaften über Finanzhilfen in der Höhe von insgesamt 30 Millionen Franken. Die Finanzhilfen des Bundes sind an eine Mitfinanzierung in der gleichen Höhe durch die Kantone oder Dritte gebunden. Gemäss der Verordnung über die Finanzhilfen für das elektronische Patientendossier (EPDFV) muss eine Stamm-/Gemeinschaft zum Zeitpunkt der Einreichung des Gesuches weder bereits nach EPDG zertifiziert sein, noch muss sie sich bereits im Aufbau befinden oder aufgebaut sein.<sup>42</sup>

<sup>39</sup> Stammgemeinschaft Region Ost und Stammgemeinschaft Region Zentral werden voraussichtlich Teil der national tätigen Stammgemeinschaften Schweiz AG sein, welche 4-6 regional verankerte Stammgemeinschaften vereinen wird.

<sup>40</sup> Nicht berücksichtigt wird dabei die sich in Planung befindende Interkantonale Stammgemeinschaft Communauté inter-cantonale de suisse-occidentale

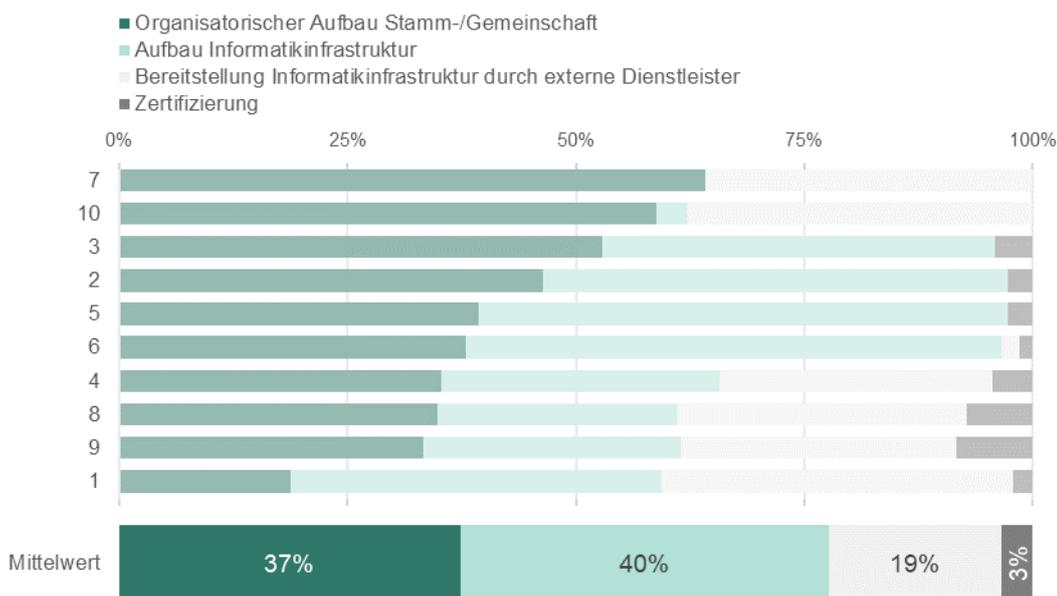
<sup>41</sup> Vgl. eHealth Suisse (2017g, S.2).

<sup>42</sup> Vgl. eHealth Suisse (2016, S.6).

Bis zum 4. Dezember 2017 haben zehn Stamm-/Gemeinschaften ein Gesuch eingereicht. Drei der im Kapitel 3.2 erwähnten Stamm-/Gemeinschaften haben somit (noch) kein Finanzhilfegesuch eingereicht. Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf den Angaben der gesuchstellenden Stamm-/Gemeinschaften zu den anrechenbaren Kosten gemäss Kapitel 5 der eingereichten Finanzhilfegesuche.<sup>43</sup> Da es sich dabei oftmals um Aufwandschätzungen der Stamm-/Gemeinschaften handelt, sind die Auswertungen mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren. Insbesondere für Stamm-/Gemeinschaften, die erst am Anfang der Umsetzungsaktivitäten stehen, ist die Abschätzung der anfallenden Kosten schwierig.

Gemäss den eingereichten Gesuchen belaufen sich die anrechenbaren Totalkosten für den Aufbau der Stamm-/Gemeinschaften auf rund CHF 73.4 Million. Davon sind bis zur Gesuchseingabe rund CHF 32.6 Million bereits angefallen und rund CHF 40.8 Millionen werden bis Ende des Jahres 2019 noch erwartet. In diesen Kosten nicht erfasst sind Aufwände seitens der (ambulanten) Leistungserbringer, welche – gemäss Einschätzung diverser Interviewpartner/innen – kumuliert um ein Vielfaches höher sein werden. Dies betrifft insbesondere die Kosten für die Anbindung der Primärsysteme einschliesslich der damit einhergehenden Anpassungen der internen Prozessabläufe.<sup>44</sup> Gerade diese Investitionskosten, die bei ambulanten Leistungserbringern für die Integration ihrer Systeme ins EPD anfallen, wurden auch im Rahmen der durchgeführten Interviews mehrmals als Herausforderung erwähnt. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass die hohen Kosten eine erhebliche Hürde zur Teilnahme am EPD darstellen und somit die Bereitschaft der ambulanten Leistungserbringer und die Verbreitung des EPD behindern.

**Abbildung 4: Kosten für den Aufbau der Stamm-/Gemeinschaften**



Die Stamm-/Gemeinschaften (1-10) sind in anonymisierter Form nach dem Anteil der Kosten für den Aufbau der Stamm-/Gemeinschaft, in absteigender Reihenfolge sortiert.

Quelle: Finanzhilfegesuche Stamm-/Gemeinschaften

In Abbildung 4 sind die anrechenbaren Kosten für den Aufbau der Stamm-/Gemeinschaften differenziert nach (i) Kosten für den organisatorischen Aufbau der Stamm-/Gemeinschaft (Auf-

<sup>43</sup> Vgl. «Gesuch um Finanzhilfen nach EPDG» in Anhang VI.

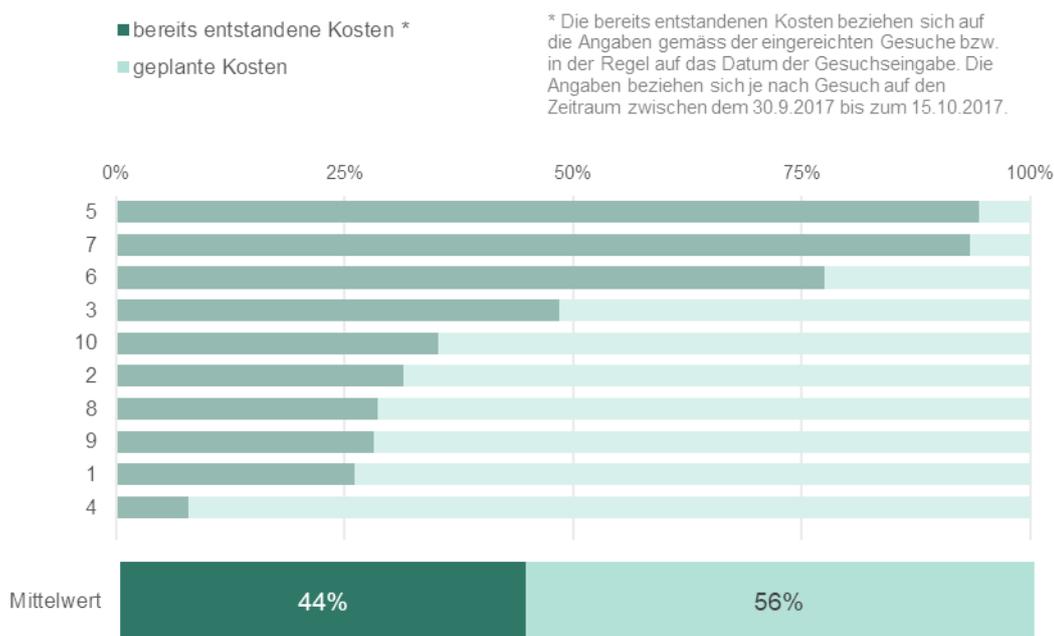
<sup>44</sup> Beispielsweise geht die Regulierungsfolgenabschätzung zum Vorentwurf des EPDG von Investitionskosten pro Arztpraxis zwischen CHF 33'000 und CHF 50'000 aus. Diese beinhalten die nötigen Anschaffungskosten für Hardware, ergänzende Software, Installationskosten sowie die Trainingskosten für die Nutzer/innen (vgl. Dobrev et al. 2011, S.44).

bau der Geschäftsstelle, Grundlagenerarbeitung, etc.), (ii) den Aufbau der Informatikinfrastruktur bzw. (iii) die Bereitstellung der Informatikinfrastruktur durch Dritte sowie (iv) die Zertifizierungskosten. Basierend auf den eingereichten Finanzhilfegesuchen fallen durchschnittlich 37% der Gesamtkosten für den Aufbau der Stamm-/Gemeinschaft an, 40% für den Aufbau der Informatikinfrastruktur, 19% für die Bereitstellung von Informatikinfrastruktur durch externe Dienstleister sowie 3% für die Zertifizierung der Stamm-/Gemeinschaft.

Drei Stammgemeinschaften kalkulieren mehr als die Hälfte der Ressourcen für den administrativen Aufbau der Stammgemeinschaft ein (zwischen 53% und 64% der Gesamtkosten). Bei den übrigen gesuchstellenden Stamm-/Gemeinschaften entfällt die Mehrheit der kalkulierten Kosten auf den Aufbau bzw. die externe Bereitstellung der Informatikstruktur (zwischen 51% und 79% der Gesamtkosten).

Die erwarteten Gesamtkosten unterscheiden sich je nach Stamm-/Gemeinschaft erheblich. Die Angaben innerhalb der Finanzhilfegesuche weisen eine Spannweite CHF 980'000 und CHF 13'500'000 auf. Heruntergerechnet auf das deklarierte Einzugsgebiet der jeweiligen Stammgemeinschaften betragen die voraussichtlichen Aufbaukosten zwischen CHF 2.77 und CHF 17.03 pro Einwohner. Die Aussage bezieht sich auf jene Stamm-/Gemeinschaften mit einer regional eingegrenzten Zielgruppe (n=9). Ignoriert man einen Ausreisser gegen oben bewegen sich acht Stammgemeinschaften innerhalb einer Spannweite zwischen CHF 2.77 und CHF 7.37 pro Einwohner.

**Abbildung 5: Bereits entstandene und zukünftige Kosten**

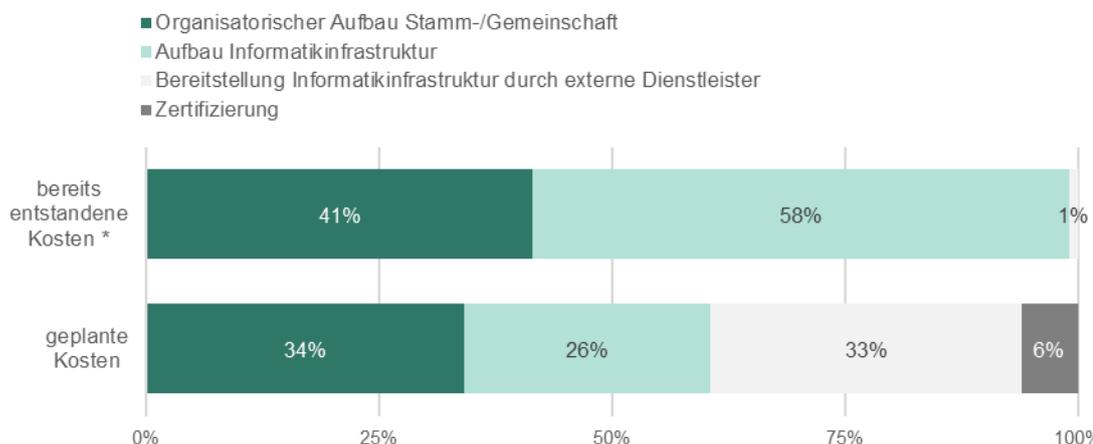


Die Stamm-/Gemeinschaften (1-10) sind in anonymisierter Form nach dem Anteil der bereits entstandenen Kosten in absteigender Reihenfolge sortiert.

Quelle: Finanzhilfegesuche Stamm-/Gemeinschaften

In Abbildung 5 kommen die wesentlichen Unterschiede hinsichtlich des «Projektstatus» zwischen den verschiedenen Stamm-/Gemeinschaften zum Ausdruck. Bei zwei Stammgemeinschaften sind bereits mehr als 90% der voraussichtlichen Kosten angefallen, während dieser Anteil bei einer Stammgemeinschaft noch unter 10% liegt. Insgesamt sind gemäss Angaben der gesuchstellenden Stamm-/Gemeinschaften 44% der Kosten zum Zeitpunkt der Gesuchseingabe bereits entstanden.

**Abbildung 6: Durchschnittliche Kostenverteilung**



\* Die bereits entstandenen Kosten beziehen sich auf die Angaben gemäss der eingereichten Gesuche bzw. in der Regel auf das Datum der Gesuchseingabe. Die Angaben beziehen sich je nach Gesuch auf den Zeitraum zwischen dem 30.9.2017 bis zum 15.10.2017.

Quelle: Finanzhilfegesuche Stamm-/Gemeinschaften

Für die Zertifizierung werden zwischen CHF 160'000 bis CHF 600'000 einkalkuliert, wobei zwei Stammgemeinschaften gemäss Finanzplan im Finanzhilfegesuch keine Kosten explizit für die Zertifizierung vorgesehen haben. Im Durchschnitt entsprechen die Zertifizierungskosten 6% der insgesamt noch geplanten Kosten (vgl. Abbildung 6).

Die Finanzierung des Aufbaus der Stamm-/Gemeinschaften erfolgt grösstenteils durch die jeweiligen Kantone als Eigner der Spitäler und/oder durch die technischen Anbieter. Hinsichtlich des finanziellen Engagements der Kantone besteht eine relative grosse Bandbreite, welche sich auf dem unterschiedlichen Rollenverständnis der Kantone begründet (vgl. dazu im Detail Kapitel 3.1). Die Motive der technischen Anbieter für die Finanzierung liegen gemäss der Aussage verschiedener Interviewpartner/innen in zukünftigen Ertragsaussichten begründet, welche insbesondere durch die Zusatzdienste (vgl. Kapitel 3.2) und durch die Anbindung von Primärsystemen an das Sekundärsystem zustande kommen werden. Bezüglich der Finanzierung des Aufbaus und auch des langfristigen Betriebs der Stamm-/Gemeinschaften besteht aktuell die Herausforderung, einen Schlüssel für die Kostenaufteilung unter den verschiedenen Akteuren zu formulieren. Dies betrifft sowohl die Kostenaufteilung unter verschiedenen Trägerkantone bei (geplanten) interkantonalen Stammgemeinschaften als auch die Kostenaufteilung unter den verschiedenen Leistungserbringern einer Stamm-/Gemeinschaft. Verschiedenen Stammgemeinschaften werden die Kosten voraussichtlich mittels eines Fixbeitrags sowie eines Beitrags nach Grösse des Kantons (je Einwohner/in) bzw. des Leistungserbringers (je Patient/in) verteilen.

### 3.6.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die überwiegende Mehrheit der voraussichtlichen Stamm-/Gemeinschaften haben per 15.10.2017 ein Finanzhilfegesuch eingereicht. Insgesamt belaufen sich die geschätzten Gesamtkosten für den Aufbau der Stamm-/Gemeinschaften auf rund CHF 75 Mio. Mit den vom Bund vorgesehenen Mitteln für die Finanzhilfen von CHF 30 Mio. könnten somit rund 27% der Kosten gedeckt werden. Nicht berücksichtigt bleiben dabei weitere Gesuche, die bis am 15.10.2017 noch nicht eingereicht wurden sowie die Höhenbeschränkung pro Finanzhilfegesuch gemäss Art 8 und Art. 9 EPDFV<sup>45</sup>.

<sup>45</sup> Der maximale Grundbetrag für Stammgemeinschaften, welche für alle GFP und alle Patienten/innen in ihrem Einzugsgebiet zugänglich sind beträgt CHF 500'000, für Stamm-/Gemeinschaften die diese Voraussetzung nicht erfüllen, beträgt der maximale Grundbetrag CHF 300'000 (Art. 8 EPDFV). Stammgemeinschaften, welche für alle Gesundheitsfachperso-

Die kalkulierten Gesamtkosten unterscheiden sich je nach Gesuch deutlich. Im Durchschnitt wird etwas mehr als ein Drittel der Kosten für den Aufbau der Stamm-/Gemeinschaften kalkuliert, rund 60% werden im Durchschnitt für den Aufbau der Informatikinfrastruktur erwartet.

In den vorangehenden Erwägungen nicht berücksichtigt, sind die Kosten, welche bei den Leistungserbringern – insbesondere für die Anbindung der Primärsysteme – anfallen. Diese Kosten machen nach Einschätzung der befragten Personen ein Vielfaches der Kosten für den Aufbau der Stamm-/Gemeinschaften aus. Insbesondere für die ambulanten Leistungserbringer, für welche das Angebot eines EPD freiwillig ist, besteht dadurch eine erhebliche Hürde für die Teilnahme am EPD.

Gemäss den eingegangenen Finanzhilfesuchen besteht bezüglich der vorgesehenen Zertifizierungskosten eine relativ grosse Spannweite. Gleichzeitig sollte basierend auf den technischen und organisatorischen Zertifizierungsvoraussetzungen (TOZ)<sup>46</sup> die Grösse der Stamm-/Gemeinschaft bzw. die Anzahl angeschlossener Leistungserbringer keinen Einfluss auf die Höhe der Zertifizierungskosten haben.

Empfehlung(en)	Adressat(en)
(E.11) Für die Beurteilung der Finanzhilfesuche ist ein fixer Betrag für die Zertifizierungskosten zu veranschlagen, um eine Ungleichbehandlung der Stamm-/Gemeinschaften zu vermeiden. Optimalerweise basiert dieser Fixbetrag auf einer Kostenschätzung der voraussichtlichen Zertifizierungsstellen.	BAG

### 3.7 Eignung der Aufbau- und Ablaufstrukturen eHealth Suisse

Das Koordinationsorgan eHS war seit seiner Gründung im Jahr 2007 für die Erarbeitung von fachlichen Grundlagen für die Einführung des EPD verantwortlich. Seit dem Inkrafttreten des EPDG per 15. April 2017 kommen eHS folgende Vollzugsaufgaben zu:

- a) Auswahl, Ergänzung und Aktualisierung von Normen, Standards und Integrationsprofilen gemäss Art. 12 Abs. 1 Bst. a EPDG;
- b) Erarbeitung und Aktualisierung der konzeptionellen und fachlichen Grundlagen für die Weiterentwicklung und Aktualisierung der Zertifizierungsvoraussetzungen für Gemeinschaften und Stammgemeinschaften gemäss Art. 12 Abs. 1 Bst. b EPDG;
- c) Ausarbeitung, Ergänzung und Aktualisierung der Anforderungen an die technischen Komponenten gemäss Art. 14 EPDG;
- d) Information: Unterstützen der Einführung des elektronischen Patientendossiers mit geeigneten Informationsmassnahmen für die Bevölkerung und für Gesundheitsfachpersonen gemäss Art. 15 EPDG;<sup>47</sup>
- e) Koordination: Sicherstellen des Wissenstransfers und des Erfahrungsaustauschs zwischen den involvierten Akteuren gemäss Art. 16 EPDG.

Mit der Veränderung der Aufgaben wurde auch die Aufbaustruktur von eHS aktualisiert (vgl. Abbildung 7). Der Steuerungsausschuss, zusammengesetzt aus BAG- und GDK-Vertreter/in-

---

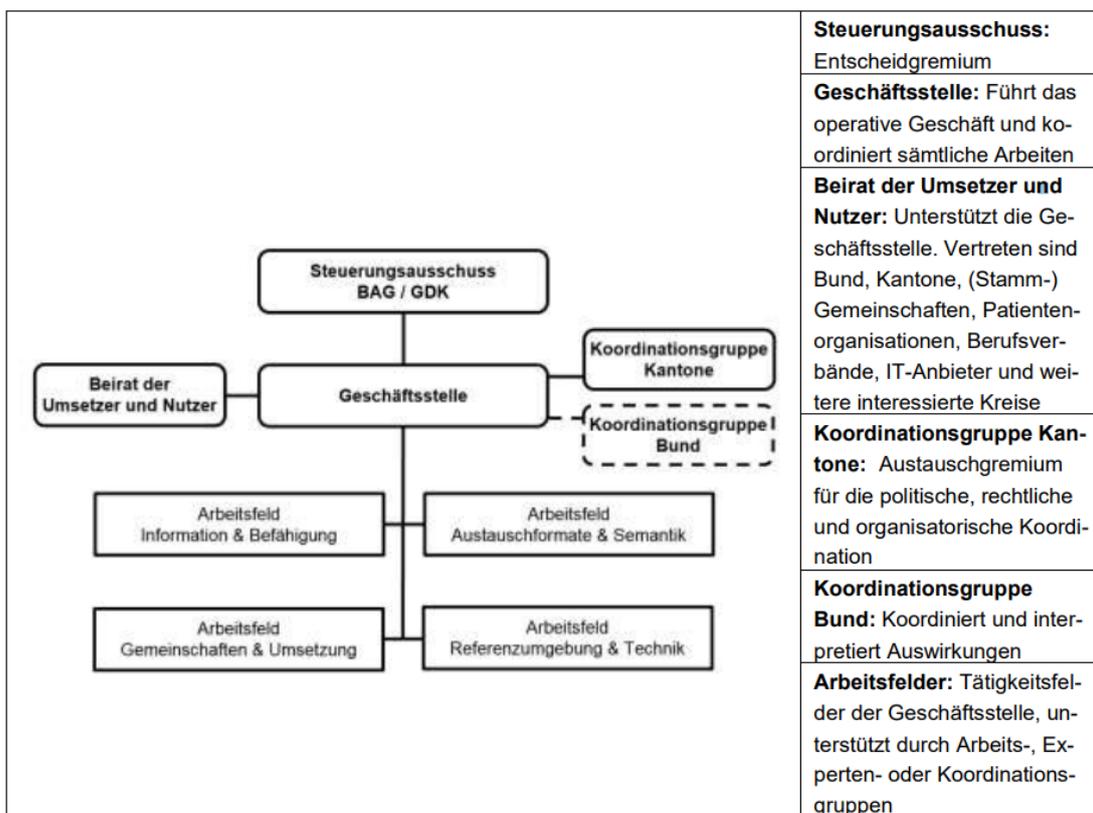
nen zugänglich sind und welche allen Patient/innen die Möglichkeit bieten, ein elektronisches Patientendossier zu eröffnen, können zusätzlich pro Einwohner/in im Einzugsgebiet 2 Franken beantragen, maximal jedoch CHF 4'000'000 (variabler Beitrag gemäss Art. 9 EPDFV). Hinzu kommt, dass die Finanzhilfen seitens Bund an eine Mitfinanzierung in mindestens gleicher Höhe durch den Kanton oder Dritte gebunden ist (Art. 3 Abs. 1 Bst. b EPDFV). Unter Berücksichtigung der Höchstbeträge können gemäss Schätzung der Evaluation anhand der bereits eingereichten Gesuche maximal Finanzhilfen von rund CHF 25 Mio. geltend gemacht werden.

<sup>46</sup> Vgl. Anhang 2 EPDV-EDI.

<sup>47</sup> Gemäss Botschaft des Bundesrates zum EPDG ist die Information der Patient/innen über die spezifischen Angebote und Zugangsmöglichkeiten zum elektronischen Patientendossier in den verschiedenen Versorgungsregionen Aufgabe der Kantone. Die Informationstätigkeit des Bundes nach Art. 15 Abs. 1 EPDG hat subsidiären Charakter und beschränkt sich auf allgemeine Informationen für den Umgang mit dem elektronischen Patientendossier. Vor diesem Hintergrund ist eHS nicht allein für die Information zuständig, sondern stellt ein nationales Grundangebot zur Verfügung und koordiniert dieses mit den Kantonen und Stamm-/Gemeinschaften.

nen, ist das leitende Gremium innerhalb der Organisation und legt die Arbeitsfelder fest, entscheidet über strategisch relevante Fragestellungen und verabschiedet den Leistungsauftrag. Die Geschäftsstelle übernimmt die durch den Steuerungsausschuss festgelegten operativen Aufgaben und koordiniert die verschiedenen Gremien. Unterstützt wird die Geschäftsstelle durch den Beirat der Umsetzer und Nutzer, welcher Entscheidungsgrundlagen vor der Beratung im Steuerungsausschuss prüft und kommentiert. Die Koordinationsgruppe Kantone und die Koordinationsgruppe Bund (aktuell inaktiv) sind Austauschgremien für interkantonale bzw. interdepartementale Fragestellungen. Die Tätigkeiten von eHealth Suisse sind in vier Arbeitsfeldern organisiert, namentlich in die Arbeitsfelder «Information & Befähigung», «Austauschformate & Semantik», «Gemeinschaften & Umsetzung» und «Referenzumgebung & Technik». Die Aktivitäten innerhalb dieser Arbeitsfelder organisiert die Geschäftsstelle und kann dazu Arbeits-, Experten- oder Koordinationsgruppen für die fachliche Arbeit einsetzen.<sup>48</sup>

Abbildung 7: Organigramm eHealth Suisse

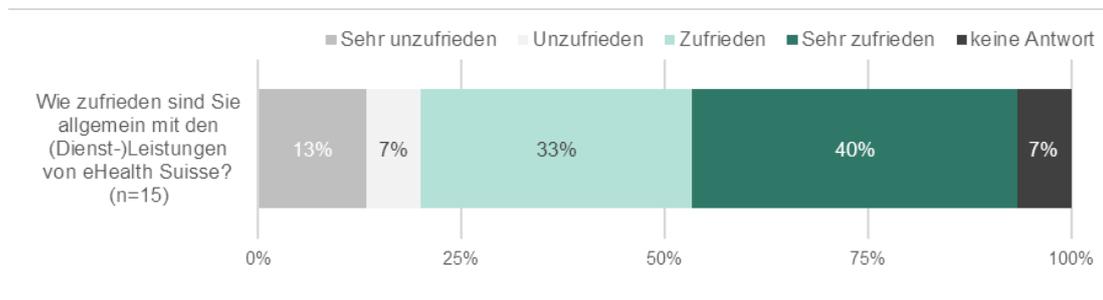


Quelle: eHealth Suisse (2017j, S.2).

Die neuen Gremien von eHS haben ihre Tätigkeit erst im Lauf des Jahres 2017 aufgenommen. Zum Zeitpunkt der Evaluation hatten die neuen Gremien oftmals erst vereinzelt getagt, weshalb eine Beurteilung der einzelnen Gremien im Rahmen der ersten Evaluationsphase nicht sinnvoll war. Infolgedessen beschränkten sich die Fragen innerhalb der durchgeführten Interviews auf Fragen zur Struktur und Aufgabenerfüllung von eHS allgemein.

<sup>48</sup> Für eine Übersicht der Arbeits-, Experten- oder Koordinationsgruppen vgl. eHealth Suisse (2017d).

**Abbildung 8: Zufriedenheit mit eHealth Suisse**



Quelle: Einzelinterviews

Grundsätzlich besteht eine hohe Zufriedenheit mit den (Dienst-)Leistungen von eHS seitens der involvierten Umsetzungsakteure, drei Viertel der befragten Personen sind (sehr) zufrieden mit den Leistungen (vgl. Abbildung 8). Die Geschäftsstelle von eHS wird als gut vernetztes und kompetentes Team wahrgenommen.

Die neu geschaffenen Gremien von eHS mussten sich zuerst finden und organisieren. Aufgrund der grossen Anzahl der neu geschaffenen Gremien war insbesondere zu Beginn die Abgrenzung der Verantwortlichkeiten zwischen den Gremien nicht immer ganz klar. Gerade bei kleinen Organisationen und Verbänden ist es oftmals so, dass dieselbe Person in mehreren Gremien Einsitz nimmt. Das führt einerseits zu einer hohen zeitlichen Belastung der betreffenden Personen und andererseits kann es vorkommen, dass Personen in Mehrfachrollen Themen aus einem Gremium in ein anderes tragen. Dieser Umstand ist der klaren Abgrenzung der Zuständigkeiten sowie der effizienten Aufgabenbearbeitung abträglich.

Im Rahmen der durchgeführten Interviews wurde ebenso nach dem Handlungsbedarf hinsichtlich der Optimierung konkreter Vollzugsaufgaben von eHS gefragt. Eine Zusammenfassung der Rückmeldungen findet sich in Tabelle 7.

**Tabelle 7: Handlungsbedarf in Bezug auf die Optimierung von Vollzugsaufgaben eHS**

Vollzugsaufgaben eHS *	Handlungsbedarf **
<b>Zertifizierungsvoraussetzungen.</b> (Art. 12 Abs. 1 EPDG)	Bezüglich der Zertifizierungsvoraussetzungen wird insbesondere das fehlende Tempo, die rollende Planung und die zu wenig proaktive Information kritisiert. Dies führe bei den Stamm-/Gemeinschaften zu finanziellen Konsequenzen sowie zu Unsicherheit hinsichtlich dem «echten» Stand der Dinge. Weiter wird die Erarbeitung von mehr und von konkreteren Umsetzungshilfen gewünscht.
<b>Informationstätigkeit</b> (Art. 15 EPDG)	Bezüglich der Informationstätigkeit wird insbesondere hinsichtlich der Kommunikation an die Leistungserbringer/Gesundheitsfachpersonen Handlungsbedarf verortet. Aktuell laufe die Kommunikation auf einer sehr allgemeinen Ebene, um die Leistungserbringer/Gesundheitsfachpersonen erreichen zu können, müssten jedoch praktische Fragestellungen wie beispielsweise die Abgeltung oder individuelle Behandlungsprozesse bearbeitet werden. Um dies adressatengerecht umzusetzen, müssten medizinische Fachpersonen miteinbezogen werden.  Als grosse zukünftige Herausforderung wird die Kommunikation an die Bevölkerung beurteilt. Es besteht gewisse Skepsis, ob eHS über genügend Ressourcen verfügen wird, um eine breite und einfach verständliche Kommunikation dieses sehr komplexen Themas vornehmen zu können. Mehrheitlich wird aber aktuell kein Handlungsbedarf festgestellt und die bis anhin geleistete Arbeit als (sehr) gut beurteilt.
<b>Koordination</b> (Art.16 EPDG)	Von einzelnen Interviewpartner/innen wird ein stärkerer Einbezug der Stamm-/Gemeinschaften gefordert. Gemeint ist damit die Einsitznahme in Gremien, in denen die Stammgemeinschaften bislang noch nicht vertreten sind. Das wachsende Bedürfnis ist sicherlich auch mit Bezug auf den Fortschritt der Umsetzungsaktivitäten in den Stamm-/Gemeinschaften einzuordnen.

Quelle: (\*) Art. 12-16 EPDG, (\*\*) Einzel-/Gruppeninterviews

Diverse Interviewpartner/innen, sowohl seitens BAG und eHS als auch von Seiten der weiteren Umsetzungsakteure, beurteilen die finanziellen und personellen Ressourcen von eHS als unzureichend. Diese Einschätzung erfolgt mit Bezug auf die Komplexität, welche der Umsetzung des EPDG durch die dezentrale Umsetzung und der dadurch entstehenden technischen und organisatorischen Anforderungen inhärent ist.

### 3.7.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Ausgehend von der grundsätzlichen Zufriedenheit der zentralen Umsetzungsakteure werden die Aufbau- und Ablaufstrukturen von eHS als generell geeignet bewertet. Für eine Beurteilung der einzelnen Gremien ist es zum aktuellen Evaluationszeitpunkt zu früh.

Die Evaluierenden teilen die Meinung diverser Interviewpartner/innen, dass die Ressourcen von eHS mit Bezug auf die Komplexität der Vollzugsaufgaben und mit Rücksicht auf den angestrebten Einführungsplan als knapp einzuschätzen sind. In analoger Weise gilt diese Einschätzung auch für die Ressourcenausstattung des BAG im Zusammenhang mit der Umsetzung des EPDG. Die nachfolgenden Empfehlungen sollen aufzeigen, durch welche Massnahmen aus externer Sicht die optimale Allokation der verfügbaren Ressourcen und somit die Umsetzung des EPDG in den weiteren Phasen optimiert werden kann.

Empfehlung(en)	Adressat(en)
(E.12) Im Frühling 2018 und somit nach rund einem Jahr sind die neuen Gremien von eHS zu überprüfen. Im Vordergrund steht dabei einerseits die Frage, welche Gremien allenfalls zusammengeführt werden können, um so die verfügbaren Ressourcen von eHS zu schonen. Angezeigt ist dies insbesondere bei Gremien, die sich überschneidende Themen bearbeiten und/oder in denen dieselben Vertreter/innen der Akteursgruppen Einsitz nehmen. Andererseits ist zu prüfen, inwiefern ein Einbezug der weit fortgeschrittenen Stamm-/Gemeinschaften in zusätzlichen Gremien von Nutzen ist.	eHS
(E.13) Für die weiteren Umsetzungsphasen ist zusätzlich ein verstärkter Einbezug der Leistungserbringer bzw. der Gesundheitsfachpersonen zu prüfen. Für die Akzeptanz und die Verbreitung des EPD sind deren Bedürfnisse insbesondere in den weiteren Kommunikationsbemühungen zu berücksichtigen.	eHS

### 3.8 Aufgabenteilung eHealth Suisse und BAG

Die Aufgaben von eHS im Kontext des Vollzugs des EPDG sind bereits in Kapitel 3.7 beschrieben. Das BAG ist im Zusammenhang mit der Umsetzung des EPDG insbesondere verantwortlich für die Erarbeitung und Revision der rechtlichen Grundlagen, für die Beurteilung der Finanzhilfesuche, die Bereitstellung des Zertifizierungssystems und für den Aufbau und Betrieb der zentralen Abfragedienste.<sup>49</sup>

Im Zusammenhang mit der Frage zur Aufgabenteilung scheint es sinnvoll, zwischen den Einschätzungen von eHS und dem BAG einerseits (interne Perspektive) und der Einschätzung der weiteren befragten Umsetzungsakteure andererseits (externe Perspektive) zu unterscheiden.

#### a) Externe Perspektive

Knapp die Hälfte der Interviewpartner/innen mit Aussensicht auf die Aufgabenteilung BAG – eHS beurteilt diese als gut und zielführend. Zudem wurde verschiedentlich angeführt, dass offenbar trotz der Aufgabenteilung eine gute und effiziente Zusammenarbeit herrsche.

Ebenso häufig wurde jedoch bemängelt, dass die Aufgabenteilung von aussen kaum ersichtlich sei bzw. diese nicht kommuniziert werde und es somit auch unklar sei, an welche Person man sich mit einem spezifischen Anliegen wenden kann. Mehrere Interviewpartner umgehen

<sup>49</sup> Vgl. eHealth Suisse (2017a).

dieses Problem, in dem sie sich immer an dieselbe Person beim BAG bzw. bei eHS wenden und sich an die korrekte Auskunftsperson weiterverbinden lassen.

In Bezug auf die Vertreter/innen der Kantone und Stamm-/Gemeinschaften wird die Aufgabenteilung zwischen eHS und BAG innerhalb der Deutschschweiz als nachvollziehbar und sinnvoll bewertet, wohingegen unter den französisch- und italienischsprachigen Interviewteiler/innen mehr Unklarheit bezüglich der Rollen und Ansprechpersonen herrscht. Diese Unklarheiten führen dazu, dass Anfragen teilweise redundant ans BAG und an eHS oder an die falschen Ansprechpersonen gerichtet werden.

Verschiedentlich zeigen sich die Vertreter/innen der Kantone und Stamm-/Gemeinschaften ausserdem unzufrieden mit der Rolle des BAG. Kritisiert wird dabei die Reaktionszeit, wenn erarbeitete Lösungsvorschläge betreffend organisatorischer und technischer Vorgaben auf die Konformität mit den regulatorischen Vorgaben geprüft werden bzw. die Anpassung ebendieser zur Diskussion steht.

#### b) Interne Perspektive

Grundsätzlich wird die Aufgabenteilung von beiden Seiten als gut und richtig beurteilt. Die Aufgaben von eHS betreffend die Information (Art. 15 EPDG) und Koordination (Art. 16 EPDG) sind unbestritten. Die flexibleren Strukturen von eHS erlauben es, diese Aufgaben zweckmässig wahrzunehmen. Abgrenzungsschwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen BAG und eHS ergeben sich in Zusammenhang mit der Anpassung und Revision des Ausführungsrechts. Aufgrund ihrer Rollen im Zusammenhang mit der Umsetzung des EPDG tragen eHS und BAG den in der Umsetzung des EPDG teilweise inhärenten Zielkonflikt zwischen technischer Praktikabilität und rechtlicher Konformität auf struktureller Ebene aus. eHS ist seinerseits zuständig für Erarbeitung der technischen Anforderungen sowie der konzeptionellen und fachlichen Grundlagen für die Aktualisierung der im Ausführungsrecht enthaltenen Vorgaben einschliesslich der Zertifizierungsvoraussetzungen. Dies beinhaltet viel Konzipierungsarbeit zusammen mit den Stamm-/Gemeinschaften mit dem Interesse, organisatorisch wie technisch tragfähige und praktikable Lösungen zu entwickeln. Das BAG hingegen trägt die übergeordnete Verantwortung für die Erarbeitung und Revision der rechtlichen Grundlagen. Damit verbunden ist das Interesse, die Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen, welche im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses erarbeitet und in den Entwürfen des Ausführungsrechts konkretisiert wurden, sicherzustellen.

Dieser Zielkonflikt zwischen technischer Praktikabilität und rechtlicher Konformität bedingt mitunter gewisse Klärungsprozesse zwischen eHS und BAG, die ihrerseits auch entsprechend Zeit in Anspruch nehmen. Verstärkt wird dieser Konflikt auch durch den Umstand, dass eHS im Zusammenhang mit der Revision des Ausführungsrechts zwar die Grundlagen für Aufgaben im Zuständigkeitsbereich des BAG erarbeitet, das BAG allerdings über keine faktische Weisungsbefugnis gegenüber eHS verfügt, da beide Organisationseinheiten hierarchisch gleichgestellt sind.

### 3.8.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Gemäss der oben dargestellten externen Perspektive ist die Aufgabenteilung zwischen eHS und BAG zu wenig transparent, was sowohl seitens der Stakeholder als auch seitens eHS und BAG zu Mehraufwand führen kann. Aus Sicht von eHS könnte dieser Problematik mit einer stärkeren räumlichen Trennung zwischen eHS und BAG begegnet werden. Dadurch würden jedoch die Vorteile eines gemeinsamen Standorts, namentlich die kurzen Kommunikationswege, verloren gehen.

Empfehlung(en)	Adressat(en)
(E.14) Um die Kontaktaufnahme für die Stakeholder zu vereinfachen und den Koordinationsaufwand seitens eHS und BAG zu verringern, ist ein Dokument mit der Aufgabenteilung zwischen eHS und BAG sowie mit den jeweiligen thematischen Ansprechpersonen beider Organisationen zu publizieren und laufend zu aktualisieren.	eHS / BAG

In der Erarbeitung der Anpassung und Revision des Ausführungsrechts besteht zwischen eHS und BAG ein Zielkonflikt. Die daraus resultierenden Klärungsprozesse zwischen BAG und eHS können zu Verzögerungen führen und bedingen, dass entwickelte Lösungsansätze betreffend die organisatorische und technische Umsetzung des EPDG überarbeitet werden müssen. Vor dem Hintergrund dieser Klärungsprozesse sind denn auch die im Abschnitt zuvor diskutierten, kritischen Bemerkungen seitens der Vertreter/innen der Kantone und Stamm-/Gemeinschaften bezüglich der Rolle und konkret der Reaktionsgeschwindigkeit des BAG einzuordnen. Dieser Zielkonflikt und die daraus entstehenden Klärungsprozesse sind aufgrund der Rollenteilung zwischen BAG und eHS kaum aufzulösen. Aus Sicht der Evaluierenden gewährleisten die unterschiedlichen Rollen von eHS und BAG jedoch, dass in der Umsetzung des EPDG sowohl Gesichtspunkten der technischen Praktikabilität als auch den im Gesetz formulierten Zielsetzungen Rechnung getragen wird.

Empfehlung(en)	Adressat(en)
(E.15) In der weiteren Umsetzung müssen die Klärungsprozesse zwischen BAG und eHS aktiv eingeplant und Räume geschaffen werden, um Zielkonflikte betreffend die im Ausführungsrecht konkretisierten Anforderungen zu thematisieren, so dass sowohl der technischen Praktikabilität als auch der Kohärenz mit den Zielsetzungen gemäss EPDG Rechnung getragen wird.	eHS / BAG

Dies könnte in den verschiedenen Koordinations-, Arbeits- und Expertengruppen von eHS passieren, in welchen das BAG ebenfalls Einsitz nimmt. Von Seiten BAG müsste jeweils eine Person Einsitz nehmen, welche die rechtlichen Aspekte vertreten und gleichzeitig das jeweilige Themenfeld technisch und/oder inhaltlich überblicken kann. Mit Rücksicht auf die Vielzahl der relevanten eHS-Gremien kann alternativ auch ein separates Gefäss für diesen Austausch zwischen eHS und dem BAG vorgesehen werden. Mit Bezug auf den angepassten Einführungsplan (vgl. Kapitel 3.1) ist es zentral, dass diese Klärungsprozesse zu den technischen und organisatorischen Anforderungen zeitnah erfolgen, so dass für die Stamm-/Gemeinschaften die Grundlage für die sukzessive Weiterentwicklung ihrer Plattformen geschaffen wird.

### 3.9 Weitere Herausforderungen

Im Rahmen der für die Evaluation durchgeführten Interviews wurde mitunter ein Schwerpunkt auf die verschiedenen Herausforderungen bei der Umsetzung des EPDG (und allfällig bereits vorhandener Lösungsstrategien) gelegt. Die von den Interviewpartner/innen genannten Herausforderungen wurden nach Möglichkeit bei der Beantwortung der einzelnen Evaluationsfragenstellungen in den Kapiteln 3.1 bis 3.8 berücksichtigt. Im vorliegenden Kapitel sind weitere, im Rahmen der Interviews eingebrachte Herausforderungen zusammengefasst, die nicht bereits in den vorangehenden Kapiteln integriert werden konnten. Dabei werden folgende Themenbereiche unterschieden:

- Unklarheiten auf regulatorischer Ebene
- Zertifizierungsvoraussetzungen
- Transparenz der Dokumentation
- Interprofessionelle Zusammenarbeit
- Experten(-wissen)
- Zugriffsberechtigung
- Patientenidentifikationsnummer
- Doppelte Freiwilligkeit

#### a) Unklarheiten auf regulatorischer Ebene

Mehrere Interviewpartner verorten Herausforderungen, die aufgrund von Unklarheiten auf regulatorischer Ebene entstehen. Unklar sei, wie stark sich die Kantone bei der Umsetzung des EPDG einbringen dürfen bzw. müssen. Diese Unsicherheit entstehe dadurch, dass es sich beim EPDG zwar um ein Bundesgesetz handle, welches auf kantonaler Ebene umgesetzt werden müsse, darin aber für die Kantone keine explizite Rolle definiert sei.

Ebenfalls Unklarheit herrscht bezüglich der Frage, ob die Leistungserbringer gemäss EPDG dazu verpflichtet seien, das EPD zu nutzen, oder ob die Gesetzeskonformität bereits mit dem Angebot der Möglichkeit einer Dossiereröffnung gegeben sei. Dieser Punkt ist gemäss einem von eHS publizierten Dokument<sup>50</sup> gesetzlich klar geregelt, es besteht gemäss Sinn und Zweck des EPDG und Art. 39 Abs. 1 Bst. f KVG die Pflicht zur Datenerfassung. Leistungserbringer sind somit verpflichtet, bei Vorhandensein eines EPD dieses entsprechend zu nutzen.

Weitere Unklarheiten bestehen hinsichtlich verschiedener Aspekte von Stellvertretungsfragen. Namentlich geht es dabei um die vorgesehenen Prozesse bei urteils- oder handlungsunfähigen Personen, bei Kindern und bei Jugendlichen. Gemäss dem bereits oben erwähnten Dokument ist das Vorgehen bei Stellvertretungsfragen bei Kindern und bei urteils- bzw. handlungsunfähigen Personen mit dem Schweizerischen Zivilgesetzbuch geregelt (Art. 296ff. ZGB bzw. Art. 16-17 ZGB) und bedürften keiner weiteren Spezifikationen.<sup>51</sup> Der Bedarf nach Umsetzungshilfen wurde jedoch erkannt, daher sind aktuell Umsetzungshilfen zum Vorgehen bei Stellvertretungsfragen seitens eHS in Erarbeitung. Aktuell noch nicht berücksichtigt ist die Frage hinsichtlich der Übergabe der Datenhoheit über das EPD von Eltern an Jugendliche.

#### b) Zertifizierungsvoraussetzungen

Die (technischen) Zertifizierungs-Anforderungen,<sup>52</sup> insbesondere im Bereich Datenschutz und Datensicherheit, welche deutlich höher seien als die Anforderungen bei einer ISO-Zertifizierung, werden als grosse Herausforderung wahrgenommen. Kritisiert wird zudem, dass keine stufenweise Zertifizierung möglich sei und bereits vorhandene Zertifizierungen (ISO 270001) nicht angerechnet werden können.

#### c) Transparenz der Dokumentation

Die Umsetzung des EPDs wird zu einer deutlich höheren Transparenz der medizinischen Dokumentation führen, davon ausgehend wird von den Interviewpartner/innen Auswirkungen auf die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachpersonen sowie auch auf die Arzt-Patienten-Beziehung erwartet.

Insbesondere bei einem automatischen Dokumenten-Upload verlieren die Ärzte die Hoheit über den Informationsfluss. Es besteht teilweise die Befürchtung, dass dies zu problematischen Situationen führen könnte. Beispielsweise wenn sich ein Patient telefonisch beim Hausarzt meldet, um einen neuen Radiologiebefund zu besprechen, der Hausarzt aber noch keine Zeit hatte, um den Befund zu studieren. Es wird befürchtet, dass solche Situationen zu einem Vertrauensverlust seitens der Patient/innen führen können und somit die Arzt-Patienten-Beziehung negativ beeinflussen würde. Wiederholt wurde in diesem Zusammenhang das Worst-Case-Szenario eines Patienten angeführt, der komplett unvorbereitet eine Krebsdiagnose mittels EPD erhält. Beim Projekt MonDossierMedical.ch des Kantons Genf wurde dieses Problem abgeschwächt, indem auf technischer Ebene die Publikation eines neuen Dokuments ins EPD um 24 Stunden verzögert wurde, wenn es sich um einen hospitalisierten Patienten handelt. Bei sehr sensiblen Daten wie beispielsweise einem Krebsbefund konnte die Publikation um insgesamt sieben Tage verzögert werden.

Als herausfordernd wird ebenfalls die Definition des Begriffs «behandlungsrelevant» gesehen. Gemäss Abschnitt 2.4 Bst. a Anhang 2 der EPDV-EDI dürfen «nur behandlungsrelevante Daten aus der Krankengeschichte» im EPD gespeichert werden. Diesbezüglich wird Konfliktpotential vermutet, da Patienten möglicherweise eine andere Vorstellung vom Begriff «behandlungsrelevant» haben als die Gesundheitsfachpersonen und die Publikation aller Dokumente verlangen.

Mitunter vor dem Hintergrund der oben genannten Themen, werden seitens Interviewpartner/innen Vorbehalte bei den ambulanten Leistungserbringern gegenüber dem EPD erwartet. Um dem entgegenzuwirken, wird auf die Bedeutung der Aufklärungsarbeit seitens

---

<sup>50</sup> Vgl. eHS 2017c.

<sup>51</sup> Vgl. eHS 2017c.

<sup>52</sup> Vgl. Technische und organisatorische Zertifizierungsvoraussetzungen (TOZ) gemäss Anhang 2 EPDV-EDI.

eHS verwiesen, um die ambulanten Leistungserbringer vom Nutzen des EPD und zur Teilnahme am EPD zu überzeugen.

d) Interprofessionelle Zusammenarbeit

Verschiedentlich wurde die interprofessionelle Zusammenarbeit als eine der grössten kulturellen Herausforderungen bei der Umsetzung des EPDG genannt. Dies einerseits, da die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich gemäss verschiedener Interviewpartner (noch) nicht sehr ausgeprägt sei und andererseits, weil die Umsetzung des EPDG die Transparenz der Dokumentation erhöhen wird. Gleichzeitig wurde in einem Interview auch darauf hingewiesen, dass mit dem EPD eine gemeinsame, berufsgruppenübergreifende Auseinandersetzung angeregt wurde, was im Sinne der interprofessionellen Zusammenarbeit ein positiver Nebeneffekt ist.

e) Experten(-wissen)

Aufgrund der Komplexität und Neuheit des Themas elektronisches Patientendossier existiert in der Schweiz aktuell nur ein kleiner Pool an fachlichen Expert/innen. Dies stellt bei der Rekrutierung von Mitarbeitenden für neue Stamm-/Gemeinschaften eine Herausforderung dar. Kurzfristige Lösungsstrategien für diese Herausforderung wurden keine genannt. Für die langfristige Sicherstellung des notwendigen Know-hows wurde auf das Potential von Ausbildungen im Bereich der Medizinalinformatik hingewiesen.

f) Zugriffsberechtigung

Im EPD können Zugriffsberechtigung entweder an einzelne Gesundheitsfachpersonen oder an ganze Organisationseinheiten, beispielsweise an die Radiologie-Abteilung eines bestimmten Spitals, vergeben werden. Dies erleichtert grundsätzlich die Vergabe von Zugriffsberechtigungen, da der Prozess nicht für jede einzelne Gesundheitsfachperson vorgenommen werden muss. Gemäss Abschnitt 8.6.3. Bst. c Anhang 2 der EPDV-EDI müssen Stammgemeinschaften den Patient/innen jedoch ermöglichen, «über Eintritte von Gesundheitsfachpersonen in berechnigte Gruppen informiert zu werden». Aufgrund der personellen Wechsel in Gesundheitseinrichtungen resultiert daraus eine Vielzahl von Mitteilungen, was auf Seiten der Patient/innen angesichts der Informationsflut zu einer Überforderung führen kann.

Aus Sicht der Evaluierenden besteht gemäss Formulierung im Anhang 2 EPDV-EDI allerdings die Möglichkeit, Mitteilungen über Eintritte von Gesundheitsfachpersonen in berechnigte Gruppen als Opt-in-Prozess zu integrieren, das bedeutet die Patient/innen müssten sich aktiv für diese Option entscheiden. Auf diese Art könnte verhindert werden, dass Personen ungewollt über Personalwechsel in berechnigten Gruppen informiert werden. Nichtsdestotrotz bedingt die Anforderung gemäss Abschnitt 8.6.3. Bst. c Anhang 2 der EPDV-EDI, dass die Systeme der Stammgemeinschaften, die entsprechende Möglichkeit bieten, was wiederum eine zeitnahe Aktualisierung des Verzeichnisses der Gesundheitsfachpersonen seitens Leistungserbringer bzw. Stamm-/Gemeinschaften erfordert.

g) Patientenidentifikationsnummer

Bei der Eröffnung eines EPD wird für jede Person eine zufällig generierte Patientenidentifikationsnummer nach EPDG (EPD-SPID) erzeugt. Diese wird durch die Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS) des Bundes erzeugt und durch die jeweilige Stammgemeinschaft bezogen. Die EPD-SPID wird zur Identifikation der Patienten und zur eindeutigen Zuordnung von bereitgestellten Dokumenten verwendet. Gemäss den im Rahmen der Evaluation geführten Interviews mit den beteiligten Umsetzungsakteuren ist aktuell die Finanzierung dieses Prozesses bzw. die Höhe der entstehenden Kosten pro erzeugter EPD-SPID noch unklar.

h) Doppelte Freiwilligkeit

Gemäss der in die Evaluation miteinbezogenen Interviewpartner/innen stellt die doppelte Freiwilligkeit eine der grössten Herausforderungen für die erfolgreiche Umsetzung des EPDG und insbesondere für die Erreichung der Ziele gemäss Art. 1 Abs. 3 EPDG dar. Die doppelte Freiwilligkeit besagt, dass die Teilnahme am EPD sowohl für die Patientinnen und Patienten (bzw. die Bevölkerung) als auch für die ambulanten Leistungserbringer auf Freiwilligkeit beruht. Auf

die Implikationen der doppelten Freiwilligkeit wurde an diversen Stellen im vorliegenden Bericht bereits eingegangen. Im Rahmen der durchgeführten Interviews wurden allerdings noch weitere Aspekte genannt, die an dieser Stelle dargestellt sind.

Auf Seiten der Bevölkerung wird die hohe Komplexität der Thematik, ein gewisses Misstrauen dem Bund gegenüber sowie eine Skepsis bezüglich Datensicherheit als zentrale Hinderungsgründe für die Eröffnung eines EPD vermutet. Hinzu kommt, dass diejenige Bevölkerungsschicht, welche am einfachsten erreicht werden kann, überdurchschnittlich alt und somit unterdurchschnittlich digital bewandert sei, was die schnelle Verbreitung des EPD behindern könnte.<sup>53</sup> Um dieser Herausforderung zu begegnen, wurde im Rahmen der durchgeführten Interviews einerseits auf die wesentliche Bedeutung der Kommunikation hingewiesen. Die positiven Effekte, welche die Eröffnung eines EPD mit sich bringt (Erhöhung der Patientensicherheit, Steigerung der Effizienz des Gesundheitssystems usw.), müssen mittels Informationskampagnen einer breiten Öffentlichkeit kommuniziert werden. Dieses Vorgehen bedingt jedoch, dass an den entsprechenden Stellen, in diesem Kontext insbesondere bei eHS, ausreichend finanzielle Mittel und personelle Ressourcen vorhanden sind. In Ergänzung zu Kommunikationsaktivitäten wurden in den Interviews vor allem finanzielle Anreize für die Eröffnung eines EPD, namentlich tiefere Krankenkassenprämien für Personen mit EPD sowie die Steuerung via Prämienverbilligungen aufgeführt. Letzteres würde konkret bedeuten, dass Kantone nur noch Prämienverbilligungen auszahlen, wenn die betreffenden Personen ein EPD eröffnen, was allerdings wiederum im Widerspruch zur Freiwilligkeit der Patient/innen steht.

Nebst der Eröffnung eines EPD für Patient/innen ist ebenso die Teilnahme für ambulante Leistungserbringer freiwillig. Neben der grundsätzlichen Hürde der Freiwilligkeit kommen gemäss den geführten Interviews die niedrige Digitalisierungsrate bei der älteren Generation der niedergelassenen Ärzt/innen sowie die fehlende tarifarische Abgeltung für die Eröffnung bzw. das Führen eines EPD bei Hausärzten und ambulanten Pflegefachpersonen als Herausforderungen hinzu.<sup>54</sup> Um die ambulanten Leistungserbringer trotz der oben aufgeführten Punkte zu einer Teilnahme am EPD zu bewegen, wurden seitens der Interviewpartner/innen diverse Lösungsstrategien vorgeschlagen.

- Zum einen kann dies mittels finanzieller Anreize erreicht werden. Beispielsweise könnte ein Teil des erwarteten Effizienzgewinns durch die Umsetzung des EPDG durch eine Erhöhung der Taxpunktwerte an die (ambulanten) Leistungserbringer weitergegeben werden. Oder man versucht die Kosten durch die Förderung der Digitalisierung der Praxen mittels finanzieller Anschubfinanzierungen für die ambulanten Leistungserbringer möglichst gering zu halten. So sieht eHealth Aargau beispielsweise vor, die Einbindung der zwei bis drei grössten Praxisinformationssysteme zu finanzieren.
- Neben den finanziellen Aspekten kann zum anderen der zeitliche Aufwand der ambulanten Leistungserbringer minimiert werden. Beispielsweise indem die Führung des EPD an Hilfspersonen delegiert wird oder indem das EPD möglichst tief in die entsprechenden PIS integriert wird. Eine tiefe Integration bedeutet in diesem Fall der Verzicht auf zusätzliche Applikationen neben dem PIS und eine hohe Usability.
- Auf organisationaler Ebene soll seitens Stamm-/Gemeinschaften versucht werden, die ambulanten Leistungserbringer so früh als möglich mit an Bord zu holen und auf diese Zielgruppe zugeschnittene Zusatzdienstleistungen im Angebot aufzunehmen.

Verschiedentlich wurde darauf hingewiesen, dass Massnahmen zur Motivation der ambulanten Leistungserbringer auch positive Effekte auf die Verbreitung des EPD in der Bevölkerung ausüben würden. In dem niedergelassene Ärzt/innen ihre Patient/innen aktiv auf die Möglichkeiten und Vorteile der Eröffnung eines EPD hinweisen, können breite Schichten der Bevölkerung erreicht werden. Dies gilt analog in umgekehrter Weise, indem die Bevölkerung das EPD bei ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin einfordert, was diese unter Zugzwang setzen würde.

---

<sup>53</sup> Gemeint ist damit, dass ältere Personen überdurchschnittlich häufig Leistungen in stationären Einrichtungen in Anspruch nehmen, welche aufgrund der Bestimmungen im EPDG zur Bereitstellung des EPD verpflichtet sind.

<sup>54</sup> Diese Leistung müsste gemäss TARMED unter «Leistung in Abwesenheit» gebucht werden. Dieser Leistungspunkt wurde mit der aktuellen TARMED-Tarifversion eingeschränkt (vgl. BAG 2017c, S.3).

### 3.9.1 Schlussfolgerungen und Empfehlung

Der Grösse und der Komplexität dieses Projekts entsprechend, wurden in den im Rahmen der formativen Evaluation durchgeführten Interviews eine Vielzahl an Herausforderungen aufgeführt. Unter diesen Herausforderungen ist die «doppelte Freiwilligkeit» gemäss den verschiedenen Interviewpartnern eine der grössten. Gleichzeitig handelt es sich dabei um eine Herausforderung, welche nicht direkt im Zusammenhang mit der Einführung des EPDG steht. Eine erfolgreiche Einführung bedingt grundsätzlich keine hohe Teilnahmequote der ambulanten Leistungserbringer und der Bevölkerung. Nichtsdestotrotz sind die beiden Zielgruppen «Bevölkerung» und «ambulante Leistungserbringer» absolut zentral, um die Zielsetzungen gemäss Art. 1 Abs. 3 EPDG zu erreichen, weshalb entsprechende Massnahmen bereits in einer frühen Phase zu initialisieren sind. In erster Linie sind hier die Stamm-/Gemeinschaften gefordert. eHS kann hier insbesondere durch die Kommunikation und Information der ambulanten Leistungserbringer und der Bevölkerung einen aktiven Beitrag leisten (vgl. dazu auch Empfehlung Nr. 9 in Abschnitt 3.4.1). Weitere Anreize, welche die Verbreitung des EPD begünstigen, sind zu prüfen.

	Empfehlung(en)	Adressat(en)
(E.16)	Die Mitfinanzierung der Einbindung von Primärsystemen durch die Stamm-/Gemeinschaften mindert die Hürden für ambulante Leistungserbringer zur Teilnahme am EPD. Eine solche Mitfinanzierung ist zu prüfen.	G/SG

Gemäss Art. 4 Abs. 4 EPDG kann die ZAS für Aufwände, die im Zusammenhang mit der Vergabe und der Verifizierung der Patientenidentifikationsnummer entstehen, Gebühren erheben. Gesetz und Botschaft lassen dabei offen, ob die Gebühr durch die Stammgemeinschaften oder Patient/innen zu finanzieren ist. Für die Verbreitung des elektronischen Patientendossiers wäre eine finanzielle Belastung der Patient/innen hinderlich, ihre finanzielle Beteiligung an der Vergabe und Verwendung der Patientenidentifikationsnummer entspricht daher nicht der Intention des Entwurfes. Ausserdem erscheint eine direkte Gebührenerhebung bei den Patientinnen und Patienten auch aufgrund des dadurch entstehenden Verwaltungsaufwandes nicht sinnvoll. Soweit die Evaluierenden zum Zeitpunkt dieses Berichts informiert sind, ist – mitunter aufgrund der obigen Erwägungen – keine Gebührenerhebung vorgesehen, weder für die Patient/innen noch für die Stamm-/Gemeinschaften.

	Empfehlung(en)	Adressat(en)
(E.17)	Die Finanzierung betreffend die Vergabe der Patientenidentifikationsnummer ist abschliessend zu klären.	BAG

Aufgrund der Komplexität und Neuheit der Themen e-Health und EPD existiert lediglich eine beschränkte Zahl fachlicher Expert/innen, was für die Umsetzung des EPDG und den Aufbau der Stamm-/Gemeinschaften eine Herausforderung darstellt.

	Empfehlung(en)	Adressat(en)
(E.18)	Die Themen EPD und e-Health sind in den Aus- und Weiterbildungsangeboten der betroffenen Berufsgruppen zu verankern. So kann langfristig die notwendige Expertise sowie die Akzeptanz gewährleistet werden.	Kantone, Berufsverbände, OdA Gesundheit

## 4 Fazit und Ausblick

In Kapitel 3 sind die zentralen Ergebnisse aus der ersten Phase einschliesslich der daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen und Empfehlungen zusammengefasst. Wie bereits eingangs erwähnt, können im Rahmen der ersten Phase die Evaluationsfragestellungen nicht abschliessend beantwortet werden. Vielmehr stellt der vorliegende Bericht eine erste Standortbestimmung für die formative Evaluation dar.

In der ersten Phase der Umsetzung des EPDG haben sich Verzögerungen ergeben, wodurch die Revision des Ausführungsrechts nicht plangemäss im ersten Quartal 2018 realisiert werden konnte. Massgeblich sind diese Verzögerungen zurückzuführen auf technische Herausforderungen, die im Rahmen des EPD-Projectathons identifiziert werden konnten und die mit den international einzigartigen Anforderungen der dezentralen Umsetzung des EPD in der Schweiz zusammenhängen.

Infolge dieser Verzögerung wurde neu ein Zertifizierungsprozess in zwei Phasen vorgesehen, wodurch die organisatorische Zertifizierung vorgelagert realisiert werden kann. Gleichzeitig können die technischen Anforderungen weiter konkretisiert und darauf aufbauend die Plattformen der Stamm-/Gemeinschaften sukzessive weiterentwickelt werden. Der neue Zertifizierungsprozess erlaubt es, weiterhin am geplanten Einführungszeitpunkt festzuhalten. Weitere Verzögerungen hinsichtlich der Aktualisierung des Ausführungsrechts sowie hinsichtlich der Zertifizierung der Stamm-/Gemeinschaften müssen allerdings vermieden werden, soll zum Auslaufen der Übergangsfrist für Spitäler und Kliniken per 15. April 2020 die Verfügbarkeit eines EPD in allen Spitälern gewährleistet werden. Dazu ist ein transparenter Prozess für die weiteren Spezifikationen der technischen Anforderungen zu definieren, welcher einerseits die notwendigen Klärungsprozesse zwischen eHS und BAG berücksichtigt und andererseits ausreichend Handlungssicherheit für die Stamm-/Gemeinschaften schafft.

Aktuell laufen konkrete Bestrebungen in Bezug auf die Konstituierung von 13 Stamm-/Gemeinschaften. Berücksichtigt man vorgesehene Zusammenschlüsse zeichnen sich daraus im Endeffekt 11 Stamm-/Gemeinschaften ab. Ausgehend von den definierten Einzugsgebieten und Zielgruppen der Stamm-/Gemeinschaften ist damit die gesamte Schweiz abgedeckt, das heisst die Verfügbarkeit des EPD für die Bevölkerung als auch für stationäre und ambulante Leistungserbringer ist in allen Versorgungsregionen sichergestellt. Da sich verschiedene dieser Stamm-/Gemeinschaften noch im Aufbau befinden, gilt es die weiteren Entwicklungen aufmerksam zu beobachten, um allfällig entstehende Versorgungslücken frühzeitig erkennen und entsprechende Massnahmen einleiten zu können.

Naturgemäss bestehen noch diverse offene Fragen, sowohl technischer als auch organisatorischer Natur. Zur Klärung der technischen Herausforderungen sind durch die zusätzlich vorgesehenen Projectathons sowie die Gremien von eHS geeignete Gefässe geschaffen worden. In Bezug auf die organisatorischen Herausforderungen wurde im Rahmen der ersten Phase der formativen Evaluation verschiedentlich auf die Herausforderungen aufgrund der im EPDG verankerten, doppelten Freiwilligkeit hingewiesen. Die breite Nutzung des EPD, auch durch ambulante Leistungserbringer und die Patient/innen, ist zentral für die Erreichung der Zielsetzungen der EPDG. Dazu braucht es geeignete Strategien, um diese Zielgruppen vom Nutzen des EPD zu überzeugen. Mit Bezug auf die Patient/innen bzw. die Bevölkerung kann hier eHS über ihre Informationstätigkeit einen wesentlichen Beitrag leisten. In Bezug auf die ambulanten Leistungserbringer erscheinen die finanzielle Unterstützung bei der Einbindung der Primärsysteme sowie Zusatzdienste als vielversprechende Ansätze, um den Vorbehalten und Hürden zur Teilnahme am EPD zu begegnen. Die Zusatzdienste beinhalten ein grosses Potential im Hinblick auf die Effizienz und Effektivität der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfachpersonen. Nebst dem potentiellen Nutzen des EPD für die Gesundheitsfachpersonen in Bezug auf die Optimierung der Behandlungsprozesse birgt das EPD ein wesentliches Potential im Hinblick auf die Erhöhung der Qualität der medizinischen Behandlung sowie der Patientensicherheit. Diese Chancen des EPD müssen gegenüber den Gesundheitsfachpersonen im Allgemeinen und den ambulanten Leistungserbringern im Speziellen aktiv kommuniziert werden. Diesbezüglich sind neben den Kantonen und eHS, die gestützt

auf Art. 15 EPDG einen entsprechenden gesetzlichen Auftrag innehaben, auch die Stamm-/Gemeinschaften und Berufsverbände gefordert.

Der vorliegende Evaluationsbericht stellt den Abschluss der ersten Phase der formativen Evaluation der Umsetzung des EPDG dar. Der Bericht wurde im Februar 2018 mit der Steuergruppe zur Gesamtevaluation des EPDG besprochen und am 8. März 2018 im Rahmen des Workshops mit der Begleitgruppe der formativen Evaluation valorisiert.

Die zweite Phase der formativen Evaluation ist für den Zeitraum zwischen dem zweiten und vierten Quartal 2018 vorgesehen, die dritte Phase im Zeitraum zwischen dem vierten Quartal 2018 und dem zweiten Quartal 2020.<sup>55</sup> Im Anschluss an die dritte Phase werden die gesammelten Ergebnisse aus der formativen Evaluation in einem Synthesebericht zusammengefasst. Gemäss Pflichtenheft fokussiert die zweite Phase auf das Zertifizierungsverfahren und die dritte Phase auf den operativen Betrieb der Stamm-/Gemeinschaften.<sup>56</sup> Ausserdem stehen ab der zweiten Phase der formativen Evaluation voraussichtlich erstmals Daten aus dem Monitoring des EPDG zur Verfügung.

Mit der Verschiebung der Revision des Ausführungsrecht und der Anpassung des Zertifizierungsverfahrens ist der Zeitplan für die nachfolgenden Phasen der Evaluation zu überprüfen. Infolgedessen wird im zweiten Quartal 2018 ein Workshop mit dem BAG stattfinden, im Rahmen dessen der Zeitpunkt, die Dauer sowie die Fragestellungen der zweiten Evaluationsphase mit Rücksicht auf die veränderten Rahmenbedingungen zu diskutieren sind. Ausgehend vom neuen Zertifizierungsverfahren, mit einer vorgelagerten Prüfung der organisatorischen Zertifizierungsvoraussetzungen, erscheint es aus Sicht der Evaluierenden sinnvoll, den Zeitrahmen der zweiten Evaluationsphase so festzulegen, dass zwei bis drei Stamm-/Gemeinschaften zumindest bereits die organisatorische Zertifizierung durchlaufen haben.

---

<sup>55</sup> Vgl. auch Abbildung 1.

<sup>56</sup> Vgl. BAG (2017a, S.5).

## 5 Literatur- und Materialienverzeichnis

### 5.1 Dokumente und Literatur

- BAG (2016). Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG): Rahmenkonzept zur Gesamtevaluation. Fachstelle Evaluation und Forschung, Bundesamt für Gesundheit, 12. Mai 2016 (aktualisiert am 18. April 2017): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-gesundheitsversorgung.html> (26.09.2017)
- BAG (2017a). Pflichtenheft: Formative Evaluation der Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG). Fachstelle Evaluation und Forschung, Bundesamt für Gesundheit, 13. April 2017: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-gesundheitsversorgung.html> (26.09.2017)
- BAG (2017b). Wegleitung betreffend Gesuche um Finanzhilfen nach EPDG. Direktionsbereich Gesundheitspolitik Bundesamt für Gesundheit, 22. März 2017: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/rev-tarifstruktur-in-der-krankenversicherung/faktenblatt-anpassungen-aerztetarif-tarmed.pdf>
- BAG (2017c). Faktenblatt: Anpassungen des Ärztetarifs TARMED. Abteilung Kommunikation und Kampagnen, Bundesamt für Gesundheit, Ausgabe 1 vom 1. Mai 2017: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-ehealth-schweiz/umsetzung-vollzug/finanzhilfen.html>
- Bolliger, Christian / Rüefli, Christian (2016): Konzeption eines Monitoring-Systems zur Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier: Schlussbericht. Bern. Büro Vatter.
- Bundesrat (2013). Botschaft zum Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) vom 29. Mai 2013, BBI 5321-5416. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaef?AffairId=20130050> (15.01.2018)
- Dobrev, A., Rissi, C., Marti, M., Stroetmann, K. (2011). Regulierungsfolgenabschätzung zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und des Staatssekretariats für Wirtschaft, Bern. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-ehealth/vernehmlassung-vorentwurf/schlussbericht-epdg.pdf.download.pdf.pdf> (12.01.2018)
- eHealth Suisse (2016). Finanzierungsmodelle für (Stamm-)Gemeinschaften: Umsetzungshilfe für die Trägerschaft von (Stamm-)Gemeinschaften. Bern, 21. Juni 2016. [https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2016/D/160622\\_Umsetzungshilfe\\_Finanzierungsmodelle\\_D.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2016/D/160622_Umsetzungshilfe_Finanzierungsmodelle_D.pdf) (12.01.2018)
- eHealth Suisse (2017a): Einführungsplan für das elektronische Patientendossier – Fassung vom 20. März 2017.
- eHealth Suisse (2017b). Factsheet Der EPD-Aufbau läuft – im technischen Bereich sind Anpassungen notwendig. [https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2017/D/171214\\_Factsheet\\_Einfuehrung\\_EPD\\_d\\_def.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2017/D/171214_Factsheet_Einfuehrung_EPD_d_def.pdf) (12.01.2018)
- eHealth Suisse (2017c). Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier: Fragen und Antworten Version 3 vom 6. Dezember 2017. [https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2015/D/171206\\_EPDG\\_Fragen\\_Antworten\\_v3.2\\_d.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2015/D/171206_EPDG_Fragen_Antworten_v3.2_d.pdf) (12.01.2018)
- eHealth Suisse (2017d). Aufgaben und Gremien von eHealth Suisse. [https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2017/D/170411\\_Neue\\_Gremien\\_eHealth\\_Suisse\\_def.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2017/D/170411_Neue_Gremien_eHealth_Suisse_def.pdf) (12.01.2018)

- eHealth Suisse (2017e). Interoperabilität der EPD-Zusatzdienste wird zum Thema. 44. Newsletter eHealth Suisse, 6. Juli 2017, URL: <https://www.e-health-suisse.ch/footer/newsletter/newsletter-ehealth-suisse.html> (15.01.2018)
- eHealth Suisse (2017f): Strategie eHealth Schweiz 2.0 - 2018-2022. Entwurf vom 5. September 2017. eHealth Suisse. [https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2017/D/170911\\_Entwurf\\_Strategie\\_eHealth\\_2.0\\_d.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2017/D/170911_Entwurf_Strategie_eHealth_2.0_d.pdf) (15.01.2018)
- eHealth Suisse (2017g). Swiss EPR Projectathon 2017 – Final Report, 10.11.2017. URL [https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2017/E/171115\\_EPR-Projectathon-2017\\_Final-Report\\_e.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2017/E/171115_EPR-Projectathon-2017_Final-Report_e.pdf) (15.01.2018)
- eHealth Suisse (2017h). Rahmenvereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich eHealth (eHealth-Vereinbarung). [https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2017/D/170519\\_Rahmenvereinbarung\\_signiert\\_d.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2017/D/170519_Rahmenvereinbarung_signiert_d.pdf) (16.01.2018)
- eHealth Suisse (2017j). Erläuterungen eHealth-Vereinbarung vom 19. Mai 2017. [https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2017/D/170427\\_Er-laeuterungen\\_eHealth\\_Suisse\\_neu\\_def\\_d.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2017/D/170427_Er-laeuterungen_eHealth_Suisse_neu_def_d.pdf) (16.01.2018)
- eHealth Suisse (2017k). Bestandesaufnahme Zusatzdienste: Entwurf vom 7. November 2017, internes Arbeitspapier der Kerngruppe Zusatzdienste.
- GDK (2017): Elektronisches Patientendossier – Aktivitäten in den Kantonen Stand vom 19.12.2017. GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. [https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2017/D/171219\\_GDK\\_Notiz\\_Stand\\_Kantone.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2017/D/171219_GDK_Notiz_Stand_Kantone.pdf) (12.01.2018)
- Sager, Fritz / Thomann, Eva / Zollinger, Christine (2016): Wirkungsmodell für das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG). Kompetenzzentrum für Public Management der Universität Bern. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-gesundheitsversorgung.html> (26.09.2017)

## 5.2 Rechtliche Grundlagen

- Bundesgesetz vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier (EPDG) und sein Ausführungsrecht
- Verordnung vom 22. März 2017 über das elektronische Patientendossier (EPDV)
- Verordnung vom 22. März 2017 über die Finanzhilfen für das elektronische Patientendossier (EPDFV)
- Verordnung des EDI vom 22. März 2017 über das elektronische Patientendossier (EPDV-EDI)

## 5.3 Internetquellen

- Abilis. <http://www.abilis.ch/home-abilis> (12.01.2018)
- AD Swiss. [www.ad-swiss.ch](http://www.ad-swiss.ch) (12.01.2018)
- Axsana. [www.axsana.ch](http://www.axsana.ch) (12.01.2018)
- eHealth Aargau. <https://ehealth-aargau.ch/> (12.01.2018)
- eHealth Nordwestschweiz. <https://tv.ehealth-nw.ch/> (12.01.2018)
- E-Health Suisse. <https://www.e-health-suisse.ch/startseite.html> (12.01.2018)
- Infomed. <https://www.infomed-vs.ch/portal/de/> (12.01.2018)

- Liechtensteinisches Landesspital, <http://www.landesspital.li/2414/ehealth-plattform-in-liechtenstein/> (16.01.2018)
- MonDossierMedical.ch. <http://mondossiermedical.ch/> (12.01.2018)
- Post E-Health-Lösung. <https://www.post.ch/de/geschaeflich/themen-a-z/branchenloesungen/branchenloesung-gesundheitswesen/post-e-health-loesung> (12.01.2018)
- reTIsan. [http://www.retisan.ch/it/256/\\_retisan\\_-\\_rete\\_oncologica\\_ticinense.aspx](http://www.retisan.ch/it/256/_retisan_-_rete_oncologica_ticinense.aspx) (12.01.2018)
- Verein eHealth Südost. [www.ehealth-suedost.ch](http://www.ehealth-suedost.ch) (12.01.2018)

#### **5.4 Weitere Quellen**

Zehn Finanzhilfegesuche (vgl. dazu die Vorlage Anhang VI) inklusive der jeweiligen Beilagen.

## 7 Anhang

### 7.1 Anhang I: Ergänzungen zum Gegenstand und Kontext der Evaluation

Die Menschen in der Schweiz werden zunehmend älter, die Anzahl chronischer Erkrankungen nimmt zu und die Krankheitsbilder werden komplexer. Eine immer grössere Zahl an verschiedenen Gesundheitsfachpersonen ist am Behandlungsprozess der Patientinnen und Patienten beteiligt. Ein einfacher Zugang zu behandlungsrelevanten Daten und Dokumenten (z.B. Röntgenaufnahmen, Spitalaustrittsberichte, Labordaten, Medikationslisten oder Pflegeberichte) stärkt die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und ermöglicht es, die Patientinnen und Patienten entlang der Behandlungskette qualitativ hochwertig zu versorgen.

Das elektronische Patientendossier (EPD) erlaubt mit zeit- und ortsunabhängigen Zugriffsmöglichkeiten einen einfachen Zugang zu behandlungsrelevanten Daten und Dokumenten. Patientinnen und Patienten erhalten durch das EPD einen uneingeschränkten Zugriff auf ihre eigenen Gesundheitsdaten und zugangsberechtigte Gesundheitsfachpersonen können sich schnell einen Gesamtüberblick über die behandlungsrelevanten medizinischen Informationen verschaffen. Das EPD stärkt damit die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und erlaubt es, die Patientinnen und Patienten entlang der Behandlungskette qualitativ hochwertig zu versorgen.<sup>57</sup>

Das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) bestimmt die Rahmenbedingungen, unter denen die im EPD enthaltenen Daten bearbeitet werden können. Es legt zudem die Massnahmen fest, die die Einführung, Verbreitung und Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers unterstützen. Im Rahmen des zehnjährigen Erarbeitungsprozesses des **EPDG** waren folgende **Prämissen** zentral, und haben somit die Ausgestaltung des Gesetzes massgebend beeinflusst:<sup>58</sup>

- d) **Ermöglichungsgesetz:** Das EPDG ist ein reines Ermöglichungsgesetz, es sieht keine Ersatzvornahme durch den Bund vor.
- e) **(Doppelte) Freiwilligkeit:** Für Patientinnen und Patienten ist das Führen eines EPD freiwillig. Ebenso steht es den ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen frei, ob sie ihren Patientinnen oder Patienten ein elektronisches Patientendossier anbieten wollen.
- f) **Förderung der Verbreitung:** Gesundheitseinrichtungen des stationären Bereichs sind verpflichtet, sich innerhalb von drei Jahren (Spitäler und Kliniken) beziehungsweise fünf Jahren (Geburtshäuser und Pflegeheime) einer Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft anzuschliessen. Stamm-/Gemeinschaften sind Zusammenschlüsse von Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen (Arztpraxen, Apotheken, Spitälern oder Spitexorganisationen) zur Umsetzung des EPDG. Zur Förderung der Verbreitung sind auch Wissenstransfer und Austausch unter den Kantonen und weiteren Kreisen aktiv zu fördern und zu unterstützen, inkl. einer Anschubfinanzierung. Ebenso ist die Bevölkerung zu informieren.
- g) **Technologieneutralität:** Das EPDG und dessen Ausführungsvorschriften sind im Wesentlichen technologieneutral formuliert. Das heisst, es werden keine konkreten technischen Lösungen und Produkte vorgegeben, sondern die Anforderungen definiert, welche von den eingesetzten Technologien zu erfüllen sind.
- h) **Interoperabilität und Sicherstellung der Rechtssicherheit:** Zur Sicherstellung der Interoperabilität und der Rechtssicherheit sollen schweizweit einheitliche Normen und Standards festgelegt werden, eine Zertifizierungspflicht für Gemeinschaften und externe Zugangsportale geschaffen werden sowie der Betrieb technischer Komponenten und Abfragedienste sichergestellt werden.

---

<sup>57</sup> <https://www.e-health-suisse.ch/elektronisches-patientendossier.html>.

<sup>58</sup> Vgl. eHealth Suisse 2009; EDI/ Expertengruppe eHealth 2010; Bundesrat 2013b.

- i) **Dezentrale Datenhaltung und dezentrale Umsetzung:** Es soll keine zentrale Datenbank geschaffen werden, womit einerseits die Datensicherheit («no single point of attack») und andererseits eine Umsetzung in Übereinstimmung mit dem Schweizer Föderalismus unterstützt werden (Gestaltungsfreiheit in den Kantonen).

Konkret sind im Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier EPDG insbesondere folgende **zentralen Massnahmen** geregelt:<sup>59</sup>

- j) **Technische und organisatorische Zertifizierungsvoraussetzungen:** Für die Gewährleistung einer sichereren Datenbearbeitung werden für alle Beteiligten (Gemeinschaften, Stammgemeinschaften, Zugangsportale für die Dateneinsicht durch Patientinnen und Patienten, Herausgeber von Identifikationsmitteln) Mindestanforderungen festgelegt. Die Einhaltung dieser technischen und organisatorischen Voraussetzungen wird mit einem Zertifizierungsverfahren sichergestellt. Der Bundesrat legt die Anforderungen an die Zertifizierung fest und regelt das Zertifizierungsverfahren.
- k) **Eckpunkte der Datenbearbeitung:** Das EPDG regelt u.a., wer Mitglied einer G/SG werden kann, welche Anforderungen bezüglich Information und Einwilligung des Patienten, der Patientin gelten, welche Eckpunkte bei der Ausgestaltung der Berechtigungssteuerung von Bedeutung sind und welche Strafen drohen. Damit soll die informationelle Selbstbestimmung bestmöglich unterstützt und gefördert werden.
- l) **Identifikationsnummer:** Für eine sichere Datenbearbeitung braucht es eine eindeutige Identifizierung und Authentifizierung der Patientinnen und Patienten sowie der Gesundheitsfachpersonen. Diese soll mittels einer elektronischen Identität eines zertifizierten Herausgebers von Identifikationsmitteln sichergestellt werden. Patientinnen und Patienten erhalten zudem eine Patientenidentifikationsnummer, welche die zentrale Ausgleichsstelle der AHV (ZAS) auf Antrag vergibt. Diese dient dazu, alle Daten und Dokumente, die zu einer Patientin oder einem Patienten im EDP erfasst werden, korrekt und vollständig zusammenzuführen.
- m) **Abfragedienste:** Der Bund betreibt die zentralen technischen Abfragedienste, die für die Kommunikation zwischen Gemeinschaften, Stammgemeinschaften und Zugangsportalen notwendig sind.
- n) **Information:** Der Bund unterstützt die Einführung und Verbreitung des elektronischen Patientendossiers, indem er alle Beteiligten und Betroffenen adäquat informiert und die Koordination zwischen den Kantonen und weiteren interessierten Kreisen fördert. Diese Aufgaben werden vom Koordinationsorgan eHealth Suisse (eHS) umgesetzt.
- o) **Finanzielle Unterstützung:** Um die Einführung und Verbreitung des elektronischen Patientendossiers voranzutreiben, unterstützt der Bund den Aufbau und die Zertifizierung von Gemeinschaften während drei Jahren. Dies geschieht über Finanzhilfen in der Höhe von insgesamt 30 Millionen Franken. Die Finanzhilfen des Bundes sind an eine Mitfinanzierung in der gleichen Höhe durch die Kantone oder durch Dritte gebunden. Die Kosten für die Anpassung der Praxis- und Klinikinformationssysteme werden durch die Finanzhilfen des Bundes nicht abgedeckt. Finanzhilfegesuche können seit Inkrafttreten des EPDG (15. April 2017) eingereicht werden.

Des Weiteren sind folgende Entwicklungen im Kontext der Evaluation mitzudenken:

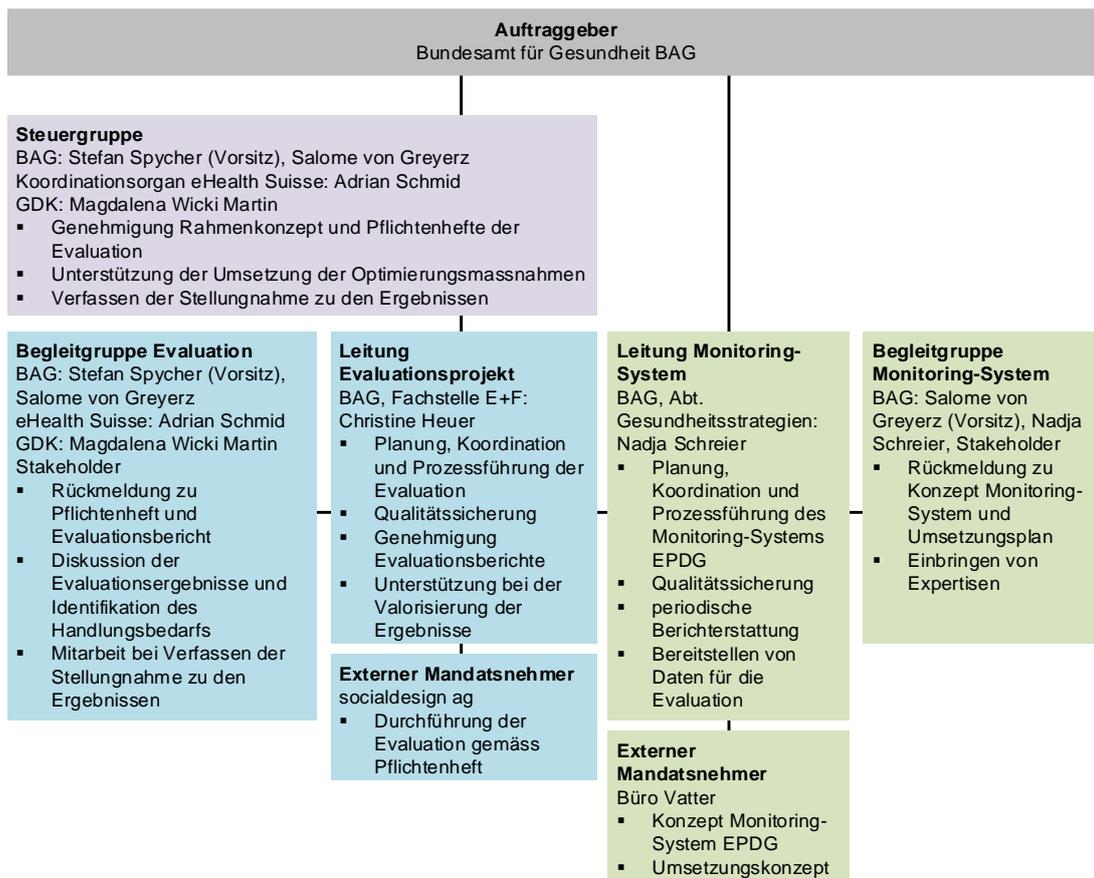
Im internationalen Kontext ist die Schweiz bestrebt, bei den Arbeiten des CEF («Connecting Europe Facility-Programm») mitzuwirken. Dieses Programm erfolgt im Rahmen des «Aktionsplans für einen europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste», der 2004 von der EU-Kommission geschaffen wurde. Mit dem CEF soll eine «Digital Service Infrastructure» in Europa aufgebaut werden, die den länderübergreifenden elektronischen Datenaustausch auf der Basis einheitlicher Infrastrukturkomponenten (z.B. National Contact Points) möglich macht. Ziel der Schweiz ist eine technische Mitarbeit im eHealth-Teil des CEF, damit der für das EPD vorgesehene nationale Kontaktpunkt gut vorbereitet werden kann.

---

<sup>59</sup> Vgl. auch <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-ehealth-schweiz/umsetzung-vollzug.html>.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens geht aber über die Umsetzung des EPD hinaus. eHealth Suisse will auch bei Themen ausserhalb des engeren EPD-Kontextes Impulse geben, zum Beispiel im Themenbereich des mobilen Datenaustauschs im Gesundheitswesen («mHealth») oder im Bereich der internationalen Koordination. Eine wichtige und wegweisende Aufgabe ist weiter die Erarbeitung einer neuen „Strategie eHealth Schweiz“, der Strategie 2.0.

## 7.2 Anhang II: Organisation Gesamtevaluation EPDG



**Tabelle 8: Mitglieder Begleitgruppe Evaluation**

Name Vorname	Institution	Funktion
Stefan Spycher	Bundesamt für Gesundheit	Direktionsbereichsleiter Gesundheitspolitik, Vizedirektor
Salome von Greyerz	Bundesamt für Gesundheit	Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien
Adrian Schmid	eHealth Suisse	Leiter eHealth Suisse
Magdalena Wicki Martin	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK	Projektleiterin SwissDRG / eHealth / Tariffragen
Olivier Plaut	Kanton Genf	Chef de projets e-health à l'Etat de Genève

Name Vorname	Institution	Funktion
Philippe Lehmann	Fédération romande des consommateurs FRC	Responsable Politique de la Santé
Franziska Sprecher	Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz	Mitglied Stiftungsrat, Assistenzprofessorin, Institut für öffentliches Recht der Universität Bern
Yvonne Gilli	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH,	Vorstandsmitglied / Departementsverantwortliche Digitalisierung / eHealth
Erich Tschirky	Schweizerische Gesundheitsligenkonferenz GELIKO	Geschäftsführer
Caroline Piana	Vereinigung schweizerischer Krankenhäuser H+	Leiterin Geschäftsbereich Tarife und eHealth / Mitglied der Geschäftsleitung
Marcel Mesnil	Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse	Generalsekretär
Pia Fankhauser	Physioswiss	Vizepräsidentin
Marcel Durst	Association Spitex privée Suisse	Geschäftsführer
Cornelis Kooijman	Spitex Verband Schweiz	Stv. Zentralsekretär, Leiter Qualität/eHealth, Mitglied der Geschäftsleitung
Annalies Baumann-Hauser	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG	Vizepräsidentin, Vertretung labmed
Ueli Wehrli	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG	Pflegefachmann und Mitglied der eHealthkommission SBK
Marianne Schenk	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG	Medizinische Praxiskoordinatorin und Zentralvizepräsidentin Sozialversicherungsanstalt SVA
Markus Leser	Verband Heime und soziale Institutionen Schweiz Curaviva Schweiz	Leiter Fachbereich Menschen im Alter, Mitglied der Geschäftsleitung
Christian Streit	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz Senesuisse	Geschäftsführer
Dominik Kreuter	Interessengemeinschaft IG eHealth	CTO Application Logicare
Antoinette Feh Widmer	Interessengemeinschaft IG eHealth	Senior Spezialistin Public Affairs, Post CH AG
Thomas H. Meier	Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter EDÖB,	Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter, Jurist Einheit 2
Barbara Widmer	Vereinigung der schweizerischen Datenschutzbeauftragten Privatim	Datenschutzbeauftragter des Kantons Basel-Stadt
Adrian Schärli	Curafutura	Projektleiter Tarife
Adrian Jaggi	Santésuisse	Leiter Abteilung Grundlagen
Christine Heuer	Bundesamt für Gesundheit	Leiterin Evaluationsprojekt im BAG

### 7.3 Anhang III: Übersicht Evaluationsfragestellungen Phasen 1-3

**Tabelle 9: Fragestellungen und Kriterien der formativen Evaluation**

*Legende Datenerhebung / Informationsquellen*

- a) Befragung (B)
- b) Monitoring EPDG (Mon)
- c) Sekundärdaten- und Dokumentenanalyse (SDA)

Phase			Evaluationsfragestellungen			Evaluationskriterien (in Anlehnung an Bussmann et al. 1997, S.70)	Datenerhebung / Informations- quellen			Operationalisierung
1	2	3	Nr.	Frage	Art		B	Mon	SDA	
<b>Übergeordnete Fragestellungen</b>										
x	x	x	F.1	Wie gestaltet sich die Umsetzung des EPDG? Was läuft gut? Wo ergeben sich welche Probleme/ Herausforderungen?	deskriptiv		x	x	x	
x	x	x	F.2	Wo zeigt sich Handlungsbedarf? Welche Empfehlungen lassen sich daraus ableiten?	summarisch		x	x	x	
<b>Phasenübergreifende Fragestellungen</b>										
x	x	x	F.3	Wie zielführend ist die Aufgabenteilung zwischen eHealth Suisse und dem BAG? Bewährt sie sich in der Praxis?	evaluativ	Eignung für die Umsetzung	x	x		Bewertung der betroffenen Akteure (BAG, eHealth, Kantone) und deren direkten Zielgruppen von eHS (Gemeinschaften und technische Anbieter).
x	x	x	F.4	Wie gut eignen sich Aufbau- und Ablaufstrukturen von eHealth Suisse, für die Erfüllung ihrer Aufgaben generell und spezifisch hinsichtlich Zertifizierungsvoraussetzungen, Information (Ausbildung und Befähigung von Behandelnden	evaluativ	Eignung für die Umsetzung	x	x		Bewertung der betroffenen Akteure (BAG, eHealth, Kantone) und deren direkten Zielgruppen von eHS (Gemeinschaften und technische Anbieter).

Phase			Evaluationsfragestellungen			Evaluationskriterien (in Anlehnung an Bussmann et al. 1997, S.70)	Datenerhebung / Informations- quellen			Operationalisierung
1	2	3	Nr.	Frage	Art		B	Mon	SDA	
				und Patient/innen zur Benutzung des EPD), Koordination)?						
X	X	X	F.5	Wie entwickelt sich der Aufbau der verschiedenen Stamm-/Gemeinschaften? Sowohl bezüglich der gewählten Organisationsmodelle, der teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen als auch bezüglich der Anzahl Dossier und der PatientInnen? Wie weit entspricht diese Entwicklung dem Bedarf und den Bedürfnissen der Versorgungsregionen? Welche Rolle spielen bei dieser Entwicklung die Kantone?	deskriptiv / evaluativ	deskriptiv: Verbreitung nach Modellen  evaluativ: Effektivität	x	x	x	Mon: teilnehmende Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen, Anzahl Dossier und der PatientInnen  G/SG: Organisationsmodelle der Gemeinschaften, Bedarfsgerechtigkeit, Rolle der Kantone
x	x	x	F.6	Welche Zusatzdienste werden angeboten? In welchem Verhältnis stehen diese inhaltlich und mengenmässig zum EPD?  Ist die Interoperabilität der Zusatzdienste über die Grenzen der Stamm-/Gemeinschaften sichergestellt? Wie vereinbar sind sie mit der Technik anderer Anbieter?  Sind Parallelentwicklungen beobachtbar (digitale Kommunikation ausserhalb des EPD) und falls ja, wie sind sie mit Bezug auf des EPD zu bewerten?	deskriptiv  evaluativ	Angemessenheit der Interoperabilität, (Effektivität)	x	x		Basierend auf den Befragungen der G/SG und eHS sind allfällige Tendenzen nicht-interoperabler Zusatzdienste zu identifizieren.  Angemessenheit: Interoperabilität ist als Output für sich definiert und konstituiert somit die Qualität der erbrachten Leistungen mit.  Effektivität: Interoperabilität hängt direkt mit den Zielen des EPDG zusammen (z.B. Verbesserung der Behandlungsprozesse); wenn die Interoperabilität nicht gegeben ist, können die Wirkungen nur bedingt entfaltet werden.
x	x	x	F.7	Welche Herausforderungen zeigen sich bei der organisatorischen (strukturell/kulturell/finanziell) und der technischen Umsetzung des EPDG?	deskriptiv		X	X		

Phase			Evaluationsfragestellungen			Evaluationskriterien (in Anlehnung an Bussmann et al. 1997, S.70)	Datenerhebung / Informations- quellen			Operationalisierung
1	2	3	Nr.	Frage	Art		B	Mon	SDA	
x	x	x	F.8	Welche ersten - beabsichtigten und unbeabsichtigten - Auswirkungen des EPDG zeigen sich in der Zusammenarbeit der Gesundheitsfachpersonen bzw. der Stamm-/Gemeinschaften? Gibt es Entwicklungen welche den Zielsetzungen des EPDG zuwiderlaufen?	evaluativ	Effektivität	X	X	X	Daten aus dem Monitoring, (z.B. Indikator 4-5.8, 4-11.X)  Bewertung durch Stamm-/Gemeinschaften, BAG, eHS und weitere Akteure, inwiefern (1) erste Verbesserungen der Behandlungsprozesse (vgl. Sager et al. 2016, S.21) infolge des EPD zu beobachten sind.  (2) Tendenzen ausgemacht werden, die den Zielsetzungen des EPD zuwiderlaufen
x	x	x	F.9	Wie gut funktioniert der Markt der technischen Anbieter von Stamm-/Gemeinschaften?	evaluativ	Eignung für die Umsetzung	x			Bewertung durch Stamm-/Gemeinschaften, BAG, eHS und weitere Akteure
x	x	x	F.10	Wer finanziert den Aufbau der Stamm-/Gemeinschaften? Werden Finanzhilfen in Anspruch genommen? Wie stehen diese im Verhältnis zur Gesamtinvestition? Welche Motive haben die Investoren, mitzufinanzieren?	deskriptiv		x		x	DA: Anzahl und Finanzvolumen eingegangener/bewilligter Gesuche, Ausschöpfung der Finanzhilfen, Anteil der Finanzhilfen an der Finanzierung  VI: Motive der Investoren  G/SG: Finanzierung Betrieb Ab Phase 2 in der Onlinebefragung vorzusehen
Phasenspezifische Fragestellungen										
	x	x	F.11	Wie ist die Finanzierung des Betriebs der Stamm-/Gemeinschaften vorgesehen? Wer finanziert mit? (Kantone, Mitgliederbeiträge, Zusatzdienste, etc.)? Welche Motive haben die Investoren, mitzufinanzieren?	deskriptiv		x		x	DA: Anzahl und Finanzvolumen eingegangener/bewilligter Gesuche, Ausschöpfung der Finanzhilfen, Anteil der Finanzhilfen an der Finanzierung

Phase			Evaluationsfragestellungen			Evaluationskriterien (in Anlehnung an Bussmann et al. 1997, S.70)	Datenerhebung / Informations- quellen			Operationalisierung
1	2	3	Nr.	Frage	Art		B	Mon	SDA	
										VI: Motive der Investoren G/SG: Finanzierung Betrieb Ab Phase 2 in der Onlinebefragung vorzusehen
	x	x	F.12	Wie bewerten die Akteure die Zertifizierungsvoraussetzungen? Führt die Zertifizierung zum gewünschten Mass an technischer und organisatorischer Interoperabilität? Wenn nein, warum nicht?	evaluativ	Angemessenheit der Zertifizierungsvoraussetzungen (Sind die Voraussetzungen präzise, korrekt, umsetzbar/praktikabel?)  Effektivität (Stellen die Zertifizierungsvoraussetzungen die Interoperabilität sicher?)	x			Bewertung durch Stamm-/Gemeinschaften, BAG, eHS und weitere Akteure
	x	x	F.13	Wie hoch ist der Aufwand für Zertifizierungsverfahren? Wie werden das Verfahren und der Aufwand von den betroffenen Akteuren bewertet (inkl. Verbindlichkeit, Fristen, Gebühren)?	evaluativ	Eignung für die Umsetzung (Verfahren), Wirtschaftlichkeit der Outputproduktion (Aufwand)	x			Bewertung durch Stamm-/Gemeinschaften
		x	F.14	Welche Aktivitäten und Anreize der Stamm-/Gemeinschaften zur Gewinnung von ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen sowie von PatientInnen bewähren sich? Welche sind besonders erfolgreich?	evaluativ	Effektivität: mit Bezug auf Verbreitung als Outcome-Gegenstand	x			Bewertung durch Stamm-/Gemeinschaften, BAG, eHS und weitere Akteure
		x	F.15	Was motiviert die ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen und die PatientInnen, ein EPD anzubieten, bzw. eines zu eröffnen?	deskriptiv		x	x		Daten aus dem Monitoring, (z.B. Indikator 4-5.8, 4-11.X)
		x	F.16	Wie gehen die Stamm-/Gemeinschaften mit Gesundheitsfachpersonen/Einrichtungen um, die im «Graubereich» des EPDG liegen (z.B. Gesund-	deskriptiv		x		x	DA: Mitgliederstruktur der Stamm-/Gemeinschaften

Phase			Evaluationsfragestellungen			Evaluationskriterien (in Anlehnung an Bussmann et al. 1997, S.70)	Datenerhebung / Informations- quellen			Operationalisierung
1	2	3	Nr.	Frage	Art		B	Mon	SDA	
				heitsligen mit/ohne Leistungsaufträgen des Kantons; Fachorganisationen wie Pro Senectute, Schweizerisches Rotes Kreuz, Pro Infirmis mit/ohne Leistungsaufträgen des Kantons; private Spitex- Organisationen)?						G/SG: positive und negative Effekte des EPD auf die Schnittstellen zu anderen Leistungserbringern
		x	F.17	Haben die Finanzhilfen ihre Ziele erreicht? Wurden die Finanzhilfen ausgeschöpft?	evaluativ	Effektivität	x		x	Analyse der Finanzhilfen (bzw. deren Gesuche) sowie den Daten aus dem Monitoring bzgl. Verbreitung. Zusätzlich Bewertung durch Stamm-/Gemeinschaften, BAG, eHS und weitere Akteure, inwiefern eine möglichst rasche Verbreitung dank der Finanzhilfen erreicht wurde.
		x	F.18	Welche Teilsysteme finden die höchste Akzeptanz, einerseits bei den Gesundheitsfachpersonen/Einrichtungen, andererseits bei den Patient/innen (z.B. elmpfdossier, eMedikation, eZu-/Überweisung)?	evaluativ	Effektivität		x		Daten aus dem Monitoring (z.B. Indikator ehang2, 4-5.8, 4-11.X)
		x	F.19	Erfüllt das Monitoring-System EPDG seine Zweckmässigkeit?	evaluativ	Angemessenheit, Effektivität	x	x		

## 7.4 Anhang IV: Liste Interviewpartner/innen

Organisation	Interviewpartner	Funktion	angefragt	Interview- datum	Interviewset- ting
IUMSP Lausanne	Murielle Bochud  (zusätzlich Stéphanie Pin; Secteur Ceesan)	Directrice de l'IUMSP  Médecin-chef de service	X	04.12.17	G
Institute for Medical Informatics, BFH	Jürgen Holm	Professor für Medizininformatik an der Berner Fachhochschule	X	23.10.17	E
GDK	Magdalena Wicki	u.a. Vertretung GDK in der Steuer- und Begleitgruppe zur Evaluation	X	20.10.17	E
Kanton Genf	Oliver Plaut	Chef de projets eHealth	X	08.11.17	E
eHealth Aargau	Nikolai Lütschg	Geschäftsführer eHealth Aargau	X	24.10.2017	E
Abilis	Claude Lachat	Coordinateur Abilis	X	21.11.17	E
Axsana	Samuel Eglin	Geschäftsleiter	X	20.10.17	E
eHS Geschäftsstelle	Adrian Schmid	Leiter Geschäftsstelle	X	27.11.17	E
	Jürg Bleuler	Stv. Leiter Geschäftsstelle	X	27.11.17	G
	Annatina Foppa	Information & Befähigung	X	27.11.17	G
	Johannes Gnägi	Austauschformate & Semantik	X	27.11.17	G
BAG	Salome von Greyerz	Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien, Stellvertreterin Direktionsbereich Gesundheitspolitik	X	27.11.17	E
BAG	Walid Ahmed	Co-Leiter Sektion eHealth und Krankheitsregister	X	24.11.17	E
CURAVIVA	Anna Jörger	Projektleiterin eHealth	X	23.11.17	E
H+	Caroline Piana	Leiterin Geschäftsbereich Tarife und eHealth	X	19.10.17	E
Pharmasuisse			X	-	-
FMH	Yvonne Gilli	Mitglied FMH Zentralvorstand	X	17.10.17	E
Bernische Kantonale Ärztegesellschaft	Beat Gafner	Präsident Bernische Kantonale Ärztegesellschaft	X	15.11.17	E

Organisation	Interviewpartner	Funktion	angefragt	Interview- datum	Interviewset- ting
Spitex Verband Schweiz	Cornelis Kooijman	Leiter Qualität/eHealth, Mitglied der Geschäftsleitung	X	20.11.17	E
Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz	Barbara Züst,	Geschäftsführerin	X	29.11.17	E
Logicare	Christian Kohler	Leiter Business Development	X	6.12.17	E
Kanton Fribourg	Sarah Sengler	Cheffe de projet cybersanté		26.10.17	G
Kanton Neuenburg	Caroline Gallois-Vinas	Responsable de la cellule cybersanté		26.10.17	G
Kanton Tessin	Rafael Fink	Collaboratore scientifico		26.10.17	G
Spital Wallis	Cédric Michelet	Geschäftsleiter Infomed		26.10.17	G
AD Swiss	C. Grieder			26.10.17	G
Kanton Aargau	Thomas Menet	Departement Gesundheit und Soziales – Abteilung Informatik		26.10.17	G
Kanton Basel-Landschaft	Andrea Primosig	Gesundheitscontroller		26.10.17	G
Kanton Luzern	Hanspeter Bättig	Gesundheit + Soziales – Abteilung Organisation, Informatik und Services		26.10.17	G
OFAC	David Voltz	Direktor Leistungen		26.10.17	G
Kanton St.Gallen	Hansjörg Looser	Leiter E-Health		26.10.17	G
BeHealth	Stefan Beyeler	CIO Spital Emmental		26.10.17	G
eHealth Südost	Richard Patt	Geschäftsführer eHealth Südost		26.10.17	G
Kanton Zürich	Susanne Marti	Projekte & Entwicklung		26.10.17	G
Verein eHealth Liechtenstein	Christian Wolf	Präsident Verein eHealth Liechtenstein		26.10.17	G
Kanton Basel-Stadt	J. Zbinden	E-Health Beauftragter		26.10.17	G
Kanton Solothurn	Philipp Brugger	Spitalversorgung / Controlling und Finanzen		26.10.17	G
Kanton Uri	Patrick Zraggen	Abteilungsleiter Spitäler und Krankenversicherung		26.10.17	G
Kanton Appenzell-Ausserrhodon	Nathalie Schorer	Projektleitung Spitalversorgung		26.10.17	G

Organisation	Interviewpartner	Funktion	angefragt	Interview- datum	Interviewsett ing
Luzerner Kantonsspital	Markus Jakober	Leiter Klinisches Informationssystem		26.10.17	G
Kanton Obwalden	Werner Gut	Leiter Gesundheitsamt		26.10.17	G
Kanton Thurgau	Olivier Kappeler	Kantonsarzt		26.10.17	G

## 7.5 Anhang V: Interviewleitfäden

### 7.5.1 Leitfaden Einzelinterviews

Dieser Interviewleitfaden gilt grundsätzlich für alle Interviews im Rahmen der ersten Phase der Evaluation zur Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG). Es ist dem Evaluationsteam bewusst, dass die einzelnen Gesprächspartner teilweise nicht alle Fragen beantworten können. Im individuellen Falle wird der Leitfaden dem Gespräch deshalb angepasst, bleibt jedoch in seinen Zügen überall identisch.

Wir empfehlen den Interviewteilnehmenden den vorliegenden Leitfaden vorab durchzulesen. Eine darüber hinausreichende Vorbereitung auf das Interview ist für Sie nicht von Nöten.

Das Gespräch wird durch ein Mitglied des Evaluationsteams von socialdesign geführt. Bei Fragen, welche im Vorfeld des Interviews auftauchen, dürfen Sie sich jederzeit gerne an Herr Samuel Wetz (samuel.wetz@socialdesign.ch, 031 310 24 80) wenden.

Besten Dank für Ihre Zusammenarbeit!

Datum		Interviewer:	
Beginn	Uhr	Ende	Uhr

#### Interviewpartner/in:

Name, Vorname	
Organisation	
Funktion	

#### Leitfragen

##### Einleitung

- 1) Was ist Ihre Rolle im Zusammenhang mit der Umsetzung des elektronischen Patientendossiers? In welcher Funktion sind Sie vom Thema betroffen?

##### Teil I: Stand der Umsetzung

- 2) Wie schätzen Sie den **Stand der Umsetzung** bzgl. EPDG ein? Ist man auf Kurs?

- 3) Herausforderungen

- a) Welche **organisatorischen Herausforderungen** ergaben sich bisher bei der Umsetzung, insbesondere mit Bezug auf die Konstituierung der (Stamm-)Gemeinschaften? Wie konnten diese Hürden bewältigt werden? Welche Fragen sind aktuell noch nicht geklärt?

Herausforderungen	Lösungsstrategien	Offene Fragen

- b) Welche **finanziellen Herausforderungen** ergaben sich bisher bei der Umsetzung, insbesondere mit Bezug auf die Konstituierung der (Stamm-)Gemeinschaften? Wie konnten diese Hürden bewältigt werden? Welche Fragen sind aktuell noch nicht geklärt?

Herausforderungen	Lösungsstrategien	Offene Fragen

- c) Welche **kulturellen Herausforderungen** ergaben sich bisher bei der Umsetzung, insbesondere mit Bezug auf die Konstituierung der (Stamm-)Gemeinschaften? Wie konnten diese Hürden bewältigt werden? Welche Fragen sind aktuell noch nicht geklärt?

Herausforderungen	Lösungsstrategien	Offene Fragen

- d) Welche **technischen Herausforderungen** ergaben sich bisher bei der Umsetzung des EPDG? Wie konnten diese Hürden bewältigt werden? Welche Fragen sind aktuell noch nicht geklärt?

Herausforderungen	Lösungsstrategien	Offene Fragen

- 4) Gibt es aus Ihrer Sicht Entwicklungen bei der Umsetzung des EPDG, welche den Zielsetzungen gemäss Art. 1 Abs. 3 des EPDG zuwiderlaufen?

Ziele gemäss Art. 1 Abs. 3 des EPDG	Bemerkungen
Stärkung der Qualität der medizinischen Behandlung	
Verbesserung der Behandlungsprozesse	

Ziele gemäss Art. 1 Abs. 3 des EPDG	Bemerkungen
Erhöhung der Patientensicherheit	
Steigerung der Effizienz des Gesundheitssystems	
Förderung der Gesundheitskompetenz der Patient/innen	

5) Gibt es aus Ihrer Sicht Entwicklungen bei der Umsetzung des EPDG, welche den impliziten Zielsetzungen des EPDG zuwiderlaufen?

Ziele	Bemerkungen
Vertrauen schaffen	
Freiwilligkeit der Patienten	
Informationelle Selbstbestimmung des Patienten fördern	
Technologieneutralität	
Dezentrale Datenhaltung	
Dezentrale Umsetzung / Föderalismus-konformität	

## Teil II: Aufgabenerfüllung e-Health Suisse und BAG

Seit der Gründung im Jahr 2007 hat das Koordinationsorgan eHealth Suisse vor allem die fachlichen Grundlagen für die Einführung des elektronischen Patientendossiers mit dem Instrument von rechtlich nicht verbindlichen „Empfehlungen“ vorangetrieben. Mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes für das elektronische Patientendossier (EPDG) im April 2017 übernimmt eHealth Suisse im Auftrag des Bundes einen Teil der Vollzugsaufgaben.

6) Wie zufrieden sind Sie allgemein mit den (Dienst-)Leistungen von eHealth Suisse?

Sehr  
unzufrieden

unzufrieden

zufrieden

Sehr  
zufrieden

Bemerkungen:

7) Als wie geeignet beurteilen Sie die Aufbau- und Ablaufstrukturen von eHealth Suisse für die erfolgreiche Umsetzung des EPDG?

8) Welchen Handlungsbedarf sehen Sie in Bezug auf die konkreten Vollzugsaufgaben von eHealth Suisse?

Aufgaben	Handlungsbedarf	Sonstige Bemerkungen
<p><b>Zertifizierungsvoraussetzungen.</b>                      (Artikel 12 Abs. 1 EPDG)</p> <p>Erarbeitung und Aktualisierung der konzeptionellen und fachlichen Grundlagen zu den Zertifizierungsvoraussetzungen. Dazu gehört auch die Auswahl, Ergänzung und Aktualisierung von Normen, Standards und Integrationsprofilen.</p>		
<p><b>Informationstätigkeit</b> (Artikel 15 EPDG)</p> <p>Information der Bevölkerung, der Gesundheitsfachpersonen und weiterer interessierter Kreise über das EPD.</p>		
<p><b>Koordination</b> (Artikel 16 EPDG)</p> <p>Koordination zwischen den Kantonen und weiteren interessierten Kreisen durch Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch.</p>		

9) Wie zielführend ist die Aufgabenteilung zwischen eHealth Suisse und dem BAG? Bewährt sie sich in der Praxis?

Abschluss

10) Haben Sie noch weitere Bemerkungen oder offene Fragen Ihrerseits?

## 7.5.2 Leitfaden Gruppeninterview

### Leitfragen

- 1) Welches sind die zentralen organisatorischen, finanziellen, kulturellen und technischen Herausforderungen bei der Umsetzung des EPDG? Wo ergeben sich Probleme?

Die TN erhalten Post-its, um sich Stichworte zu notieren. Der Moderator bereitet 2 Flipcharts vor (1x technisch, 1x organisatorische, 1x finanzielle, 1x kulturelle Herausforderungen). Die TN ordnen ihre Stichworte den Flipcharts zu.

- 2) Welche Herausforderungen konnten bewältigt werden, und wie? Welche Fragen sind aktuell noch nicht geklärt?

Entlang der Stichworte werden die TN gebeten, die Herausforderungen zu beschreiben und die obigen Fragen zu beantworten. Am Schluss nachfragen, ob es noch Ergänzungen gibt.

Wenn nicht genannt, explizit nachfragen bzgl. der folgenden Themen:

- 3) Organisationsmodelle: Im Bericht von KPMG zuhanden von „eHealth Suisse“ wurden zwei mögliche Organisationsmodelle identifiziert. Ein „All-in-one“-Modell, bei dem die Einrichtungen von Gesundheitsfachpersonen selber Stamm-/Gemeinschaft gründen, oder das Modell „Duopol“, das eine externe Trägerschaft vorsieht. Im Gegensatz zum Modell „All-in-one“ erlaubt das Modell „Duopol“ aus organisatorischer Sicht den Einbezug weiterer Akteure über die Trägerschaft (z.B. Kantone). In allen Modellen bestehen die Stamm-/Gemeinschaften nur aus Gesundheitsfachpersonen und deren Institutionen.<sup>60</sup> Gemäss der Umsetzungshilfe «Finanzierungsmodelle für Stamm-/Gemeinschaften» (Stand: 21. Juni 2016) bauen alle bestehenden kantonalen Referenzprojekte rund um das EPD auf dem Modell „Duopol“ auf.

- a) Wo liegen die Ursachen dafür, dass sich dieses Modell so stark durchgesetzt hat?
- b) Inwieweit entspricht die Entwicklung der Stamm-/Gemeinschaften dem Bedarf der Versorgungsregionen?

- 4) Interoperabilität der Zusatzdienste: Die Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD) ist in allen Versorgungsregionen angelaufen. Dabei ist das Bedürfnis aufgetaucht, rund um das EPD weitere digitale Prozesse zu etablieren. Denkbar sind die direkte Überweisung von Patienten an andere Gesundheitsfachpersonen oder die direkte Verschreibung von Arzneimitteln und Therapien. Bisher fehlen aber Leitplanken, welche die technische Interoperabilität dieser ergänzenden Dienste zwischen den EPD-Gemeinschaften sicherstellen könnten. Deshalb ist eHealth Suisse dabei gemeinsam mit den zukünftigen EPD-Gemeinschaften und ihren technischen Anbietern zu klären, bei welchen ergänzenden Anwendungen eine standardbasierte Durchlässigkeit wünschenswert ist, so wie sie beim EPD dank den rechtlichen Vorgaben besteht. Vorgesehen ist, dass dafür unter der Koordination von eHealth Suisse gemeinsam nationale Empfehlungen erarbeitet werden (vgl. Newsletter eHS vom 6.7.2017).

Wie beurteilen die Teilnehmenden diese Thematik?

- 5) Welche Akteure sind an der Finanzierung für den Aufbau der Stamm-/Gemeinschaften beteiligt? Welche Motive haben die Investoren, mitzufinanzieren?

---

<sup>60</sup> Die Rollen des Finanzierers und des Betreibers der EPD-Infrastruktur können in beiden Modellen intern wahrgenommen oder an externe Partner übertragen werden.

- 6) Inwiefern ist der Unterstützungsbedarf der Kantone und Stamm-/Gemeinschaften durch die (Dienst-)Leistungen von eHealth Suisse abgedeckt?
- Begründung?
  - In Bezug auf welche Themen bestünde zusätzlicher Unterstützungsbedarf?
  - Wie zielführend ist die Aufgabenteilung zwischen eHealth Suisse und dem BAG? Bewährt sie sich in der Praxis?

7) Wie gut funktioniert der Markt der technischen Anbieter von Stamm-/Gemeinschaften?

8) Zum aktuellen Zeitpunkt, wie schätzen Sie das Potential des EPD in Bezug auf die nachfolgend aufgeführten Zielsetzungen gemäss Art. 1 Abs. 3 des EPDG ein?

Ziele gemäss Art. 1 Abs. 3 des EPDG	sehr gering	gering	hoch	sehr hoch
Stärkung der Qualität der medizinischen Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Behandlungsprozesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung der Patientensicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steigerung der Effizienz des Gesundheitssystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung der Gesundheitskompetenz der Patient/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Ziele und Antwortkategorien werden auf einem Flipchart präsentiert. Die TN erhalten fünf Klebepunkte, welche Sie auf dem Flipchart anbringen können.

9) Haben Sie noch weitere Bemerkungen oder offene Fragen Ihrerseits?

## 7.6 Anhang VI: Gesuch um Finanzhilfen nach EPDG

	Schweizerische Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra	Eidgenössisches Departement des Innern EDI Bundesamt für Gesundheit BAG Direktionsbereich Gesundheitspolitik
---	---	--

### Gesuch um Finanzhilfen nach EPDG

**1. Angaben zur antragstellenden Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft**

---

Name:

---

Rechtsform: Datum Gründung:

---

Unternehmens-Identifikationsnummer (UID):

---

Strasse/Nr.: PLZ/Ort:

---

Vertreten durch: Funktion:

---

Tel: E-Mail:

---

Angaben zur Organisationsform der Gemeinschaft:

---

Gesuch als Stammgemeinschaft gemäss Art. 2 Abs. 1 Bst. b i.V.m. Art. 8 Abs. 1 EPDFV:  
Für alle Gesundheitsfachpersonen zugänglich und für alle Patientinnen und Patienten möglich, ein elektronisches Patientendossier zu eröffnen.  
ODER

Gesuch als Stammgemeinschaft gemäss Art. 2 Abs. 1 Bst. b i.V.m. Art. 8 Abs. 2 EPDFV:  
Nicht für alle Gesundheitsfachpersonen zugänglich oder nicht für alle Patientinnen und Patienten möglich, ein elektronisches Patientendossier zu eröffnen.  
ODER

Gesuch als Gemeinschaft gemäss Art. 2 Abs. 1 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 2 EPDFV

---

**2. Geplante Zusammensetzung der Gemeinschaft / Stammgemeinschaft (Art. 11 Bst. a EPDFV)**

**3. Bedeutung der Gemeinschaft / Stammgemeinschaft für die Gesundheitsversorgung im Einzugsgebiet (Art. 11 Bst. b EPDFV)**

3.1 Art und Anzahl der Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen, die sich der Gemeinschaft / Stammgemeinschaft anschliessen können (vgl. Art. 4 Abs. 3 Bst. a Ziff. 1 EPDFV)

3.2 Beschreibung des Einzugsgebietes der Gemeinschaft / Stammgemeinschaft und Nennung der Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner im Einzugsgebiet (vgl. Art. 4 Abs. 3 Bst. a Ziff. 2 EPDFV) gemäss den Zahlen des Bundesamtes für Statistik<sup>1</sup> über die tatsächlich ansässige Wohnbevölkerung.

**4. Zeitplan für den Aufbau der Gemeinschaft / Stammgemeinschaft (Art. 11 Bst. c EPDFV)**

**5. Darstellung der Kosten für den Aufbau der Gemeinschaft / Stammgemeinschaft (Art. 11 Bst. d EPDFV)**

Neben der Zuweisung / Unterteilung der Aufbaukosten in die Kostenkategorien / Kostenarten gemäss der nachfolgenden Tabelle ist eine detaillierte Darstellung der Kosten für den Aufbau der Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft als Beilage zum Gesuch einzureichen. Kosten die bereits vor dem Inkrafttreten des EPDG geleistet wurden, sind in der Spalte ganz rechts separat auszuweisen.

Tabelle 1: Kostendarstellung nach Kostenkategorie. PK int. = interne Personalkosten; PK ext. = externe Dienstleistungen; SK = Sachkosten

Nr.	Kostenkategorie (gemäss Anhang zu Art. 6 EPDFV)	Kos- tenart	Totalbetrag vor dem 15.4.2017 <sup>2</sup> [CHF]		Totalbetrag ab dem 15.4.2017 <sup>3</sup> [CHF]	
			bereits entstanden	bereits entstanden	geplant	
<b>1</b>	<b>Anrechenbare Kosten für den Aufbau der Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft</b>					
1.1	Aufbau der allgemeinen Administration und Organisation, insbesondere für den Aufbau der Geschäftsstelle und die rechtliche Klärung des Anschlusses der Gesundheitseinrichtungen	PK int.:				
		PK ext.:				
		SK:				
1.2	Erarbeitung der für die Organisation wichtigen Grundlagen, namentlich Dokumentation der Aufbau- und Ablauforganisation und interne Schulungsunterlagen	PK int.:				
		PK ext.:				
		SK:				
1.3	Aufbau der organisatorischen Infrastruktur; insbesondere für das zum Aufbau notwendige Personal sowie die entsprechende Infrastruktur	PK int.:				
		PK ext.:				
		SK:				
1.4	Schulung von Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit dem elektronischen Patientendossier sowie den Aufbau einer Kontaktstelle für Gesundheitsfachpersonen	PK int.:				
		PK ext.:				
		SK:				
1.5	Aufbau des Datenschutz- und Datensicherheitsmanagementsystems	PK int.:				
		PK ext.:				
		SK:				

<sup>1</sup> <https://www.bfs.admin.ch>

<sup>2</sup> Nur für Gemeinschaften und Stammgemeinschaften, die gemäss Artikel 23 Absatz 2 mit dem Aufbau bereits vor Inkrafttreten des EPDG begonnen haben und das Gesuch innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten einreichen.

<sup>3</sup> Gesuche, die nach dem 14. Oktober 2017 eingehen, können nur Kosten ab dem Inkrafttretenzeitpunkt (15. April 2017) anrechnen lassen.

Für <u>Stammgemeinschaften</u> sind zusätzlich folgende Kosten anrechenbar:				
1.6	Aufbau einer physischen oder elektronischen Aufbewahrung der Einverständniserklärungen	PK int.:		
		PK ext.:		
		SK:		
1.7	Aufbau einer Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten	PK int.:		
		PK ext.:		
		SK:		
1.8	Aufbau der Stellen, bei denen Patientinnen und Patienten ein elektronisches Patientendossier eröffnen können	PK int.:		
		PK ext.:		
		SK:		
<b>Total anrechenbare Kosten für den Aufbau der Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft</b>				
<b>2</b>	<b>Anrechenbare Kosten für die Informatikinfrastruktur</b>			
2.1	Aufbau des Patientenindex zur Zusammenführung der unterschiedlichen in den Primärsystemen verwendeten lokalen Identifikatoren eines Patienten oder einer Patientin und zu deren Verknüpfung mit der Patientenidentifikationsnummer	PK int.:		
		PK ext.:		
		SK:		
2.2	Aufbau des Verzeichnisses der Gesundheitsfachpersonen, die Daten des elektronischen Patientendossiers bearbeiten dürfen	PK int.:		
		PK ext.:		
		SK:		
2.3	Aufbau des Zugangspunkts für die gemeinschaftsübergreifende Kommunikation	PK int.:		
		PK ext.:		
		SK:		
2.4	Aufbau des Dokumentenregisters zur Verwaltung der Verweise auf die Ablageorte der im elektronischen Patientendossier erfassten Daten	PK int.:		
		PK ext.:		
		SK:		
2.5	Aufbau der gemeinschaftsinternen Datenablagen	PK int.:		
		PK ext.:		
		SK:		
2.6	Aufbau des Systems zur Verwaltung und Durchsetzung der Zugriffsrechte von Patientinnen und Patienten sowie von Gesundheitsfachpersonen	PK int.:		
		PK ext.:		
		SK:		

2.7	Aufbau des Systems zur Aufbewahrung der Protokollidaten	PK int.:			
		PK ext.:			
		SK:			
2.8	Aufbau des Zugangsportals für Gesundheitsfachpersonen	PK int.:			
		PK ext.:			
		SK:			
2.9	Aufbau der Schnittstelle zur Identifikationsdatenbank der ZAS und zu den Abfragediensten	PK int.:			
		PK ext.:			
		SK:			
2.10	Aufbau der Schnittstellen zu den Primärsystemen der Gesundheitseinrichtungen	PK int.:			
		PK ext.:			
		SK:			
Für <u>Stammgemeinschaften</u> sind zusätzlich folgende Kosten anrechenbar:					
2.11	Kosten für den Aufbau des Zugangsportals für Patientinnen und Patienten	PK int.:			
		PK ext.:			
		SK:			
<b>Total anrechenbare Kosten für die Informatikinfrastruktur</b>					
3	<b>Anrechenbare Kosten bei der Bereitstellung der Informatikinfrastruktur durch einen externen Dienstleister</b>				
	Monatliche Kosten	multipliziert mit 48			
<b>Total anrechenbare Kosten für die Bereitstellung der Informatikinfrastruktur durch externe Dienstleister.</b>					
4	<b>Anrechenbare Kosten für die Zertifizierung</b>				
	Kosten, die im Zusammenhang mit dem Zertifizierungsverfahren entstanden sind. Dazu gehören insbesondere die Kosten, die von der Zertifizierungsstelle in Rechnung gestellt werden.	PK int.:			
		PK ext.:			
		SK:			
<b>Total anrechenbare Kosten für die Zertifizierung</b>					

#### 6. Finanzierungskonzept (Art. 11 Bst. d EPDFV)

Neben den anrechenbaren Kosten für den Aufbau und die Zertifizierung ist ein Finanzierungskonzept für mindestens die ersten 6 Betriebsjahre einzureichen, aus welchem die Sicherstellung der Finanzierung des Betriebes der Gemeinschaft / Stammgemeinschaft nachvollziehbar und glaubhaft hervorgeht.

Das Finanzierungskonzept ist dem Gesuch als Beilage anzufügen.

**7. Angaben für die Auszahlung der Finanzhilfen (bitte Einzahlungsschein beilegen)**

Kontoinhaber:

Adresse:

Postleitzahl, Ort:

IBAN:

BIC/SWIFT-Adresse:

Institut:

**8. Unterschriften**

Name / Vorname:

Funktion:

Ort / Datum:

Unterschrift:

Name / Vorname:

Funktion:

Ort / Datum:

Unterschrift:

**9. Beilagen**

- Nachweis über die Höhe der geleisteten oder zugesicherten Mitfinanzierung durch Kantone oder Dritte (Art. 11 Bst. e EPDFV)
- Detaillierte Darstellung der Aufbaukosten (Art. 11 Bst. d EPDFV)
- Finanzierungskonzept für die ersten sechs Betriebsjahre (Art. 11 Bst. d EPDFV)
- Nachweise / Belege für allfällige bereits geleisteten Aufwände (inkl. Angabe Ziffer gemäss Tabelle 1)
- Auszug aus dem Handelsregister (falls bereits vorhanden)
- Sofern das Gesuch von der Trägerschaft einer Gemeinschaft / Stammgemeinschaft eingereicht wird: Statuten der Trägerschaft
- 

Allfällige weitere Anmerkungen / Hinweise:

## 7.7 Anhang VII: Elektronisches Patientendossier – Aktivitäten in den Kantonen

Kanton	Kommentar
AG	<p>Die Stammgemeinschaft eHealth Aargau hat mit der Schweizerischen Post AG einen Rahmenvertrag zu Aufbau und Betrieb der EPD-Infrastruktur in der Versorgungsregion unterzeichnet. Die Stammgemeinschaft ihrerseits wird mit den Gesundheitsfachpersonen und deren Organisationen Verträge über die Nutzung abschliessen. Erste B2B Dienste werden in der ersten Hälfte 2018 angeboten werden, der Betrieb als zertifizierte Stammgemeinschaft wird 2019 angestrebt. Der Start mit B2B ermöglicht dabei, die Integration des EPD in die Primärsysteme so weit vorzubereiten, dass bei einem Start nach erfolgter Zertifizierung annähernd 100% der Akutspitäler, Rehabilitationskliniken sowie Psychiatrien hochintegriert und mit minimalem Zusatzaufwand für deren Gesundheitsfachpersonen am EPD teilnehmen können. Auf Grundlage dieses Vertrags wurde ein Finanzierungsmodell entwickelt, welches den kostendeckenden Betrieb über die nächsten 10 Jahre ermöglichen wird. Stationäre Leistungserbringer, welche sich innerhalb von drei Jahren einer zertifizierten Stammgemeinschaft anschliessen müssen, werden per 2018 beitreten, solche, die fünf Jahre Zeit für diesen Anschluss haben per 2020 (erhalten aber bei Beitritt ab 2018 50% Rabatt während zwei Jahren als Anreiz, möglichst früh Erfahrungen zu sammeln).</p> <p>Im Rahmen des Projekts EMILIA (eMedikationsplan bei Spitalaustritt im Kanton Aargau) werden erste Erfahrungen im institutionsübergreifenden Datenaustausch vom stationären ins ambulante Setting gemacht und direkt ins RollOut des EPD-Aufbaus und -Betriebs einfließen. Dieses Projekt wird von der Universität Basel (Pharmaceutical Care Research Group) wissenschaftlich und operationell begleitet. Mit verschiedenen zielgruppenspezifischen Veranstaltungen und Workshops wird zudem der (wann immer möglich direkte) Anschluss der Leistungserbringer an die eHealth Plattform geplant und die konkrete Umsetzung vorangetrieben. Voraussichtlich wird eine Pilotgruppe eingesetzt werden, welche erste Erfahrungen sammelt. Diese Erfahrungen werden in die zweite Phase des RollOut einfließen und damit direkt den nachkommenden Institutionen und Gesundheitsfachpersonen zugänglich gemacht werden. Der Kanton schliesst mit der Stammgemeinschaft eine zweite Leitungsvereinbarung über den Betrieb ab. Das Gesuch um Finanzhilfen des Bundes gemäss EPDG wurde per Ende August finalisiert und wird im September beim BAG eingereicht.</p>
AI	<p>Der Kanton Appenzell I.Rh. verzichtet darauf, eine eigene Stammgemeinschaft im Kanton zu unterstützen. Der Kanton ist schlicht zu klein. Er wird sich dafür einsetzen, dass sich die Leistungserbringer einer anderen Stammgemeinschaft anschliessen. Das Kantonsspital Appenzell übernimmt bei der Umsetzung des ePDG im Kanton eine Vorreiterrolle ein.</p>
AR	<p>Der Kanton ist daran, einen runden Tisch mit den Leistungserbringern, mit einem Standort im Kanton, aufzugleisen.</p>
BE	<p>Anfang 2016 startete die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) des Kantons Bern die «BeHealth-Initiative». Sie hat zum Zweck, die Gesundheitsbetriebe beim Aufbau eines eHealth-Netzwerkes organisatorisch zu unterstützen. Die Berner Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die im BeHealth-Steuerungsausschuss vertreten sind, haben sich im März 2017 darauf geeinigt, ihre bisherige Zusammenarbeit in einem gemeinsamen eHealth-Netzwerk zu verstärken. Die Kantone Bern und Zürich werden zu diesem Zweck eine kantonale Trägerschaft der axsana AG gründen. Auf der Seite der Leistungserbringer sind BeHealth, der Verein Trägerschaft XAD und die axsana AG über eingekommen, die Möglichkeiten zur Zusammenlegung der beiden Initiativen auf der Basis der axsana/Swisscom-Plattform zu vertiefen. Vor einer Zusammenlegung der beiden Projekte müssen noch verschiedene betrieblich-organisatorische, technische und finanzielle Fragen geklärt werden. So haben in beiden Kantonen Leistungserbringer bereits umfangreiche Vorarbeiten unternommen, die nun in ein für alle Parteien nutzenbringendes System eingespielen werden sollen.</p>
BL	<p>Gründung eines Trägervereins eHealth Regio Basel zusammen mit dem Kanton BS Anfang 2017 für die dereinstige Stammgemeinschaft sowie zur Koordination und Förderung sämtlicher eHealth-Aktivitäten in der Nordwestschweiz eHealth-Strategie für den Kanton Basel-Landschaft erarbeitet im Sommer 2017, Vorschlag geht noch bis Ende Jahr ins Parlament.</p>
BS	<p>BS hat zusammen mit BL, SO und 31 weiteren Mitgliedern am 5.1.2017 den Trägerverein eHealth NWCH gegründet. Der Trägerverein hat vier übergeordnete Ziele:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Vereinigung der regionalen Akteure (Leistungserbringer, Kantone und weitere Stakeholder) zur Entwicklung von eHealth in der Region NWCH.</li> <li>2. Die Weiterführung des EPD-Pilotversuchs mit dem Ziel, in Q1 2018 die ersten elektronischen Patientendossiers in der Region zu eröffnen.</li> <li>3. Den EPD-Pilotversuch spätestens 2019 zertifizieren zu lassen und damit eine Stammgemeinschaft gemäss EPDG zu etablieren.</li> <li>4. Parallel zur Entwicklung der EPD-Stammgemeinschaft Mehrwertdienste (B2B, B2C) zu implementieren.</li> </ol>

Kanton	Kommentar
	Die Vereinsmitglieder konfigurieren das eHealth-Gesamtsystem und stellen so sicher, dass eHealth nutzenstiftend, effizient und effektiv umgesetzt wird. Der Trägerverein steht allen interessierten Personen und Institutionen offen und bietet seinen Mitgliedern die Möglichkeit, die Umsetzung und Entwicklung von eHealth in der Region NWCH mitzugestalten.
FR	Im Januar 2014 zeigte ein Kick-Off-Meeting, dass im Kanton in Bezug auf eHealth ein starkes Interesse besteht. Mit der Einstellung einer Projektleiterin konnte das Projekt im September 2016 konkret gestartet werden. Die vom Regierungsrat beschlossene Projektorganisation hat sich Anfang 2017 in Form eines Steuerungsausschusses getroffen. Entsprechende Projektmittel wurden gewährt. Die Strategie zum Thema eHealth, welche das Ziel verfolgt, den Patientinnen und Patienten und allen Behandelnden sowie ihren Institutionen im Kanton eine Plattform für den gemeinsamen Austausch medizinischer Informationen zur Verfügung zu stellen, ist in Ausarbeitung. Instrumente zur Koordination der Leistungserbringung welche auf diese Plattform übertragen werden führen im Projekt zu einem Zusatznutzen. Der Kanton beteiligt sich parallel dazu aktiv an der Analyse der Kantone der Westschweiz, welche das Ziel verfolgt, Möglichkeiten zur Schaffung einer interkantonalen Stammgemeinschaft zu bestimmen. Eine Anpassung der Rechtsgrundlagen wird dazu notwendig. Gleichzeitig haben mehr als 16'000 Patientinnen und Patienten ein elektronisches pharmazeutisches Dossier (DPP) eröffnet und damit den Behandelnden ihrer Wahl Zugang zu Informationen über ihre Medikation gewährt.
GE	Das MonDossierMedical.ch genannte elektronische Patientendossier breitet sich im Kanton Genf aus. Das Dossier steht allen behandelten Personen offen. Mehr als 25'000 Patientinnen und Patienten und 1200 Gesundheitsfachpersonen worunter 660 Ärztinnen und Ärzte sind bereits angemeldet. Überlegungen zum Aufbau einer Gemeinschaft werden zusammen mit den anderen Kantonen der Westschweiz angestellt.
GL	Der Kanton Glarus verzichtet darauf, eine eigene Stammgemeinschaft zu gründen. Es ist ihm aber wichtig, dass die Leistungserbringer im Kanton sich der gleichen Stammgemeinschaft anschliessen. Die Kantonsspital Glarus AG übernimmt bei der Umsetzung des ePDG im Kanton den Lead. Bisher haben zwei grosse Informationsveranstaltungen für die Leistungserbringer stattgefunden. In den nächsten beiden Monaten entscheiden die Leistungserbringer (inkl. dem Kantonsspital), welcher Stammgemeinschaft in Glarus favorisiert wird.
GR	Im Kanton Graubünden ist die Bereitstellung des elektronischen Patientendossiers primär Sache der gesetzlich verpflichteten stationären Leistungserbringer. Der Kanton versteht eHealth nicht als Service Public, sondern als Bestandteil des Leistungsauftrags der Leistungserbringer. Er leistet damit auch keinen finanziellen Beitrag an die Aufbau- oder Betriebskosten. Aus diesem Grunde haben sich bereits Anfang 2016 über 30 Leistungserbringer zu einem privaten Trägerverein zusammenschlossen. In der Folge wurde eine Evaluation einer umfassenden eHealth-Plattform im Rahmen einer GATT/WTO-Ausschreibung durchgeführt, welche sowohl die digitale Vernetzung der Leistungserbringer untereinander mittels 12 Geschäftsprozessen (Business-to-Business) als auch das elektronische Patientendossier unterstützt. In einem weiteren Schritt erfolgte Anfang 2017 ein Make-or-Buy-Vergleich, ob eine eigene eHealth-Gemeinschaft aufgebaut oder der Anschluss an die Zürcher Gemeinschaft axsana AG erfolgen soll. Ende Mai 2017 beschloss die Vereinsversammlung nahezu einstimmig, eine eigene eHealth-Plattform für die Südostschweiz zusammen mit der Plattform-Anbieterin Post CH AG aufzubauen und mit den Umsetzungsarbeiten im Herbst 2017 zu beginnen. Die Umsetzungsprioritäten liegen zunächst bei den nutzbringendsten Geschäftsprozessen und parallel dazu erfolgt der Aufbau einer Stammgemeinschaft Südost im Hinblick auf die Bereitstellung des elektronischen Patientendossiers. Die Finanzierung der Aufbau- und Betriebskosten wird durch die teilnehmenden Leistungserbringer des Vereins sichergestellt. Der Kanton vertritt die Interessen der Bevölkerung und informiert diese über die Angebote und Möglichkeiten im Rahmen des elektronischen Patientendossiers.
JU	Nach einer Beratung mit seinen Gesundheitsfachleuten hat der Kanton Jura beschlossen, sich der künftigen Westschweizer Gemeinschaft anzuschliessen, deren Trägerschaft im Oktober 2017 gebildet werden soll.
LU	Eine Machbarkeitsstudie zum Aufbau einer Stammgemeinschaft für alle Zentralschweizer Kantone wurde durchgeführt. Dabei wurden mehreren Varianten geprüft und ein entsprechender Bericht verfasst. Da sich die Zentralschweizer Kantone nicht auf eine einheitliche Position einigen konnten, wurde Ende August 2016 beschlossen, vorerst keine Aktivitäten für den Aufbau einer Stammgemeinschaft Zentralschweiz in Angriff zu nehmen. Luzern hat im Dezember 2017 den Verein eHealth Zentralschweiz für interessierten Leistungserbringer, Leistungserbringerverbände sowie Kantone in der Versorgungsregion Zentralschweiz gegründet. Der Verein eHZ als Kompetenz-Zentrum unterstützt die Mitglieder bei der Umsetzung des EPDG und fördert nutzbringende eHealth-Anwendungen.
NE	Ende September 2017 hat der Grosse Rat einen Kredit von 3 Millionen Franken für die Bildung einer Neuenburger Stammgemeinschaft und die Umsetzung des elektronischen Patientendossiers im Kanton verabschiedet. Mit diesem politischen Entscheid lassen sich die Arbeiten konkretisieren, die vor mehreren Monaten von den aus Gesundheitsfachpersonen und Kantonsvertretern bestehenden Arbeitsgruppen aufgenommen wurden. Daraufhin wurden im Dezember 2017 die Trägerschaft und

Kanton	Kommentar
	die Stammgemeinschaft gebildet. Zudem wird der Inhalt des Neuenburger EPD (Minimalset) definiert, eine Ausschreibung für die Akquirierung der EPD-Plattform lanciert und eine Kommunikationsstrategie erarbeitet.
NW	Der Kanton Nidwalden wird voraussichtlich dem Verein eHealth Zentralschweiz beitreten. Anfangs Mai 2017 fand eine Informationsveranstaltung für die kantonalen Leistungserbringer statt, an welcher das elektronische Patientendossier und der Verein vorgestellt wurden.
OW	Siehe „Zentralschweiz“. Der Kanton wird im Gegensatz zum Kantonsspital Obwalden dem Verein eHealth Zentralschweiz nicht beitreten.
SG	Nach detaillierter Prüfung der zusätzlichen Anforderungen zur Erfüllung der Zertifizierungsvoraussetzungen als Gemeinschaft und den resultierenden Kosten haben die Spitalverbände gegen die Eigenfertigung [make] mit Weiterentwicklung der bestehenden Kommunikationsbrücke «Ponte Vecchio» und für einen Fremdbezug [buy] entschieden. Beim „Anschluss an eine Stammgemeinschaft“ handelt es sich um Dienstleistungen, die gegen Entgelt von (privaten) Dritten bezogen werden. Zumindest bei den öffentlichen Spitälern gelangen damit die Vorschriften über das öffentliche Beschaffungswesen zur Anwendung. Folglich werden die Spitalverbände die umfassenden Dienstleistungen einer EPD-Stammgemeinschaft öffentlich ausschreiben.
SH	Die Gesundheitsversorgung des Kantons SH ist eng vernetzt mit dem Kanton ZH und (weniger ausgeprägt) mit dem Kanton TG. Der Aufbau einer eigenen Stammgemeinschaft im Kanton SH ist nicht vorgesehen. Den Leistungserbringern wird ein Anschluss an die Lösung der Betriebsgesellschaft axvana AG (ZH) empfohlen. Der Kanton stellt die Information und Koordination der Leistungsanbieter sicher.
SO	Im Kanton Solothurn wurde der Solothurner Spitäler AG (soH) die Federführung bei der Umsetzung des EPDG übertragen. Im September 2016 wurde die Arbeitsgemeinschaft eHealth Solothurn (eHealth SO) gegründet, in welcher die Vorstände sämtlicher Leistungserbringerverbände, die Privatspitäler sowie der Kanton vertreten sind. eHealth SO hat entschieden, sich dem eHealth Trägerverein NWCH anzuschliessen und das EPDG im Rahmen des Trägervereins / der Stammgemeinschaft eHealth NWCH umzusetzen. Die soH ist Gründungsmitglied des eHealth Trägervereins NWCH und vertritt damit auch die Mitglieder von eHealth SO. Der Kanton Solothurn (Gesundheitsamt) ist auch Mitglied des Trägervereins und empfiehlt den Mitgliedern von eHealth SO, dies ebenfalls zu werden, um Synergien zu nutzen. Die soH wird an einem Piloten des Trägervereins NWCH teilnehmen. Auf Basis der aus dem Projekt gewonnenen Erfahrungen wird die soH eine Empfehlung zuhänden der Mitglieder von eHealth SO für den Anschluss und die Umsetzung des EPDG erarbeiten. Grundvoraussetzung ist die Mitgliedschaft in der Stammgemeinschaft eHealth NWCH. Seit anfangs Jahr ist das Portal eHealth Solothurn live, über welches Informationen zu sämtlichen eHealth Themen zur Verfügung stehen. Ebenfalls produktiv ist ein Leistungserbringerportal zur eAnmeldung/Überweisung. Weitere Use Cases sind in Vorbereitung.
SZ	Im Frühling 2016 wurde erstmals ein runder Tisch mit allen betroffenen Akteuren (Spitäler, Curaviva, Spitex, Ärztegesellschaft, Apothekerverein, Zahnärztesgesellschaft) durchgeführt. In diesem Rahmen wurden das EPD und EPDG vorgestellt und mögliche Anschlussvarianten aufgezeigt (ZH, Zentralschweiz). Der Kanton Schwyz beschränkt sich weiterhin auf die aktiv-passive Rolle im Sinne des Vernetzens, Koordinierens und Informierens.
TG	Projekt eMediplan: Übersicht über die aktuell gültige Medikation eines Patienten / einer Patientin welche im jeweiligen Primärsystem des health professionals eingelesen und aktualisiert werden kann. Aktuell Umsetzung auf nationaler Ebene unter Federführung der IG eMediplan (Pilotregionen ZG / TG / SG, <a href="http://www.emediplan.ch/">http://www.emediplan.ch/</a> ). Laufende Vorbereitung Umsetzung EPDG. Der Kanton sieht sich als Koordinator / Vermittler.
TI	Das Tessiner Projekt reTIsan stellt eine Kollaborationsplattform für Leistungserbringer (Spital, Arzt, Pflege) in der Onkologie zur Verfügung, um die integrierte Zusammenarbeit zu verbessern (Industriepartner: Die Post). Nach einer erfolgreichen Pilotphase von zwei Jahren (eHealth Suisse Label „Überregional“) ist das Projekt nun in einer Übergangsphase, während derer von den Erfahrungen aus der Pilotphase profitiert werden kann, um die zukünftige Entwicklung und Ausweitung zu definieren. Zu diesem Zweck haben die verschiedenen Akteure 2016 den Verein e-Health Ticino gegründet. Im Juli 2017 hat der Verein e-Health Ticino eine öffentliche Ausschreibung für die Beschaffung einer eHealth-Plattform gestartet. Mit dieser Plattform soll der Betrieb des EPD im Rahmen der Tessiner Stammgemeinschaft sichergestellt werden. Die Entscheidung zum Zuschlag soll Ende 2017 fallen.
UR	Der Kanton Uri beschränkt sich auf die Rolle als Koordinator in Sachen eHealth. Es fanden bereits mehrere Treffen mit bevorzugten Partnern (Spital, Hausärzte/Ärzteverband und Curaviva) statt. Auch wurden die Urner Gesundheitsfachpersonen an der kantonalen Gesundheitskonferenz über eHealth informiert
VD	Von der Waadtländer eHealth-Strategie aus dem Jahr 2012 ausgehend, wurden verschiedene Pilot-Versuche im Kanton realisiert, die eine Übermittlung und das Teilen von Informationen im gesicherten elektronischen Format einschliessen. Ende 2016 hat der Grosse Rat des Kantons Waadt einen

Kanton	Kommentar
	Verordnungsentwurf über die Entwicklung von Instrumenten und Prozessen zur Förderung der Kontinuität und der Koordination in der Behandlung angenommen. Diese Verordnung verankert das elektronische Patientendossier (EPD) als ein prioritär zu entwickelndes Instrument, vor allem für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen. Damit werden der gesicherte elektronische Austausch und das Teilen von Informationen zwischen den Teilnehmern erleichtert. In der Verordnung, die am 1. September 2017 in Kraft getreten ist, ist der Aufbau medizinischer Strukturen für bestimmte Zielgruppen vorgesehen, und zwar zur Verstärkung der Interprofessionalität namentlich durch die Anwendung des EPD. Finanzielle Anreizmassnahmen sind geplant, um die Teilnahme der Behandelnden sowie der Patientinnen und Patienten zu fördern. Die Umsetzung eines «Plan de médication partagé» als Teil des EPD für Personen mit Polymedikation als Zielgruppe läuft derzeit. Im Rahmen des Inkrafttretens des EPDG beteiligt sich der Kanton Waadt, zusammen mit den anderen Westschweizer Kantonen, an der Diskussion über den Aufbau einer interkantonalen Stammgemeinschaft.
VS	Das Projekt Infomed( <a href="https://www.infomed-vs.ch">https://www.infomed-vs.ch</a> ) bietet eine geschützte Plattform an, die den Ärzten den Zugriff auf die medizinischen Daten ihrer Patienten ermöglicht. Die Ausschreibung erfolgte im Mai 2011 (Industriepartner: SQLI Suisse). Intervention des neuen Datenschutzbeauftragten im Sommer 2015 zum Zugriffsmodul für Patienten. Der Datenaustausch zwischen den Behandelnden wird um die Einspeisung der Dokumente des Spitals Wallis und des Hôpital Riviera-Chablais sowie der Praxisärzte erweitert. Überlegungen zum Aufbau einer Gemeinschaft werden zusammen mit den anderen Kantonen der Westschweiz angestellt.
ZG	Zwischen dem Kanton Zug und seinen Leistungserbringern besteht der Konsens, keine eigene EPD-Gemeinschaft zu gründen. Im Rahmen einer vom Kanton organisierten Veranstaltung im September 2016 («Zuger Gespräche zu eHealth und zum elektronischen Patientendossier») wurde deshalb eine Arbeitsgruppe gebildet, die Anschlussmöglichkeiten an EPD-Gemeinschaften prüft. Die Arbeitsgruppe wird vom Zuger Kantonsspital geleitet, ihr gehören Vertreter aller stationären und wichtiger ambulanter Leistungserbringer an. Der Kanton nimmt ebenfalls Einsitz in die Arbeitsgruppe, beschränkt sich jedoch auf eine beratende Rolle. Im November 2017 präsentieren verschiedene EPD-Gemeinschaften der Arbeitsgruppe ihre Anschlussoptionen. Danach wird über das weitere Vorgehen entschieden. Unter dem Lead der Ärztesgesellschaft des Kantons Zug läuft weiterhin das Projekt «eMediplan» ( <a href="http://www.emediplan.ch">www.emediplan.ch</a> ).
ZH	Der Kanton Zürich fördert in Übereinstimmung mit der kantonalen eHealth-Strategie die Einführung des EPD indem er die Leistungserbringer bei der Schaffung der notwendigen organisatorischen und technischen Infrastruktur unterstützt. Dazu wurden bis anhin eine Trägerorganisation der Leistungserbringer gegründet, in einer öffentlichen Ausschreibung die Swisscom Health AG als Technik-Partner für den Aufbau und Betrieb einer Stammgemeinschaft gewählt, eine Anschubfinanzierung des Kantons gesprochen und axsana AG ( <a href="http://www.axsana.ch">www.axsana.ch</a> ) als Betriebsgesellschaft für die Umsetzung gegründet. Das Geschäftsmodell beinhaltet eine Finanzierung der Stammgemeinschaft über nutzenstiftende Leistungen. Aktionäre Betriebsgesellschaft axsana AG sind zu gleichen Teilen die öffentliche Hand (Kanton Zürich) und Leistungserbringer (Trägerverein XAD). Seit Februar 2017 sind Vorbereitungen mit dem Kanton Bern auf Ebene Leistungserbringer IG BeHealth und Gesundheits- und Fürsorgedirektion für die Schaffung einer gemeinsamen Stammgemeinschaft im Gange. Im Oktober 2017 gründen die Gesundheitsdirektionen von Bern und Zürich eine Trägerorganisation, welcher sich auch weitere Kantone werden anschliessen können. Gleichzeitig treten die Berner Leistungserbringerverbände nach und nach dem Verein Trägerschaft XAD bei. Ein Konvergenzprojekt mit der Insel Gruppe wird im Oktober gestartet. Auf operativer Seite steht die Affinity Domain bereit. Pilotprojekte für den Anschluss laufen. Prozessuale und organisatorische Aspekte der Stammgemeinschaft (Dossiereröffnung, Datenschutz- und Datensicherheitskonzept etc.) sind in Bearbeitung.
Zentral-schweiz	Eine Machbarkeitsstudie zum Aufbau einer Stammgemeinschaft für alle Zentralschweizer Kantone wurde durchgeführt. Dabei wurden mehreren Varianten geprüft und ein entsprechender Bericht verfasst. Da sich die Zentralschweizer Kantone nicht auf eine einheitliche Position einigen konnten, wurde Ende August 2016 beschlossen, vorerst kein Aktivitäten für den Aufbau einer Stammgemeinschaft Zentralschweiz in Angriff zu nehmen.
FL	Die eHealth-Strategie des Fürstentums Liechtenstein orientiert sich sehr stark an der Schweiz mit dem Ziel, jederzeit eine Interoperabilität sicherstellen zu können. 2014 wurde das Projekt neu aufgerollt und die Einführung eines EPD in mehrere Phasen aufgeteilt. Nachdem im Dezember 2015 der Trägerverein eHealth Liechtenstein gegründet wurde, hat sich der Verein nach mehrmonatiger sorgfältiger Evaluation im März 2016 für die Swisscom Health AG als Software-Anbieter der eHealth-Plattform (Affinity Domain) in Liechtenstein entschieden. In einer ersten Phase soll Ende 2016 / Anfang 2017 ein eZuweisungs- und eÜberweisungsmanagement eingeführt werden. In dieser Phase ist die Plattform vorerst nur für Ärzte und Spitäler vorgesehen. Später sollen weitere Module auf derselben Plattform eingeführt (z.B. eMedikation, elmpfcheck, eLabor, eRadiologie, eNachsorge usw.) und weitere Leistungsanbieter wie Apotheken oder Pflegeheime eingebunden werden. Für diese weiteren Ausbauschritte bedarf es nicht zuletzt der Anpassung rechtlicher Grundlagen, welche aktuell in der Vorbereitung sind.