

# Gesundheitsversorgung im Asylbereich Kontinuität mittels elektronischem Patientendossier

## Rahmenbedingungen und Alternativen

Kurzversion des Berichts für das Bundesamt für Gesundheit  
von Walid Ahmed und Ümit Kutbay

2022

## 1 Einleitung

Der hier vorliegende Bericht ist eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Studie «Gesundheitsversorgung im Asylbereich: Kontinuität mittels elektronischem Patientendossier. Rahmenbedingungen und Alternativen». In dieser Studie untersuchten wir im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG), ob und unter welchen Rahmenbedingungen, der Einsatz des elektronischen Patientendossiers (EPD) im Asylbereich wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich wäre, respektive welche Alternativen und gegebenenfalls welcher rechtliche Anpassungsbedarf bestehen.

Dabei fokussierten wir vor allem auf drei Fragen:

1. Ermöglichen die rechtlichen Rahmenbedingungen (insbesondere das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier EPDG) die Nutzung des Elektronisches Patientendossiers durch Akteure, die in den Asyleinrichtungen des Bundes oder der Kantone an der Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden beteiligt sind?
2. Sind die technischen Konzepte des EPDG geeignet, die Informationsflüsse der Gesundheitsdaten zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität zu verbessern - unabhängig von der rechtlichen Anwendbarkeit und Machbarkeit?
3. Unter welchen Bedingungen wäre eine EPDG-konforme Umsetzung möglich?

In der Studie wurden verschiedene Szenarien geprüft und bewertet. Diese Zusammenfassung stellt nur die wirtschaftlich und zweckmässig sinnvollste Variante dar («Einsatz des EPD unter geltendem Recht»). Zusammenfassend zeigen die Studienergebnisse, dass der Einsatz des EPD mit wenigen organisatorischen Anpassungen und ohne Beschaffung neuer oder Anpassung bestehender ICT-Systeme relativ schnell und kostengünstig realisierbar ist. Das EPD wird als zertifizierte Dienstleistung von sogenannten Stammgemeinschaften (das heisst: Zusammenschlüssen von Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen) resp. deren technischen Plattformanbietern bereitgestellt. Daher ist der Einsatz des EPD, auch hinsichtlich der Kosten für Betrieb, Wartung und Weiterentwicklung, alternativen Lösungsvarianten überlegen. Sicherheit und Datenschutz würden durch die hohen rechtlichen Anforderungen des EPDG auch auf Dauer gewährleistet und beaufsichtigt. Allerdings wäre diese Variante keine «massgeschneiderte» Lösung für die Anforderungen des Asylverfahrens.

## 2 Gesundheitsversorgung für Asylsuchende: aktuelle Lage

Der Prozess der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden umfasst die Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden. Auf jeder Ebene sind privatwirtschaftliche Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung involviert, die untereinander behandlungsrelevante Daten von Asylsuchenden austauschen. Auf Ebene Kanton sind auch Kantonsärztinnen und Kantonsärzte miteinbezogen.

Die Prozesse auf Ebene der Kantone und Gemeinden sind nicht einheitlich; sie sind – im Gegensatz zu den Prozessen auf Bundesebene – sehr heterogen.

An den medizinischen Informationsflüssen bei der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden beteiligen sich unterschiedliche Akteure auf Bundes- und Kantonebene:

- Ebene Bund: Staatssekretariat für Migration (SEM), Bundesasylzentren (BAZ) mit den dort angesiedelten Pflegefachpersonen («Medic-Help»);
- Ebene Kanton: Kantonale Migrationsämter und Asylzentren mit den dort angesiedelten Pflegefachpersonen (analog Bund);
- Primäre Grundversorger: sog. «Partnerärzte und Partnerärztinnen»; i. d. R. Hausärztinnen und Hausärzte im Auftrag von Bund/Kantonen;
- Sekundärversorger: Spitäler, Spezialistinnen und Spezialisten;
- Kostenträger.

Mit dem Eintritt der Asylsuchenden in ein Asylzentrum des Bundes beginnt in der Regel auch der Kontakt mit der Gesundheitsversorgung. Zunächst gibt eine Pflegefachperson (von «Medic-Help» im Auftrag des Bundes) den Asylsuchenden eine medizinische Erstinformation im Rahmen eines persönlichen Gesprächs. Dabei wird den Asylsuchenden u.a. die Kontaktperson bekannt gemacht, an die er oder sie sich bei gesundheitlichen Beschwerden und medizinischen Fragen wenden kann. Mit Einverständnis der Asylsuchenden findet in der Regel noch eine Erstkonsultation statt. Mit einem Fragebogen wird der Gesundheitszustand strukturiert erfasst und dokumentiert. Je nach gesundheitlicher Situation erfolgt hier bereits eine Zuweisung zum Zentrumsarzt.

Diese Organisation der Gesundheitsversorgung auf Bundesebene (und zum Teil auch analog auf kantonaler Ebene) ähnelt einem Hausarzt- oder Gruppenpraxismodell, wie man es von alternativen Krankenversicherungsmodellen kennt. Asylsuchende wenden sich im Krankheitsfall zuerst bei ihrer zuständigen Gesundheitsfachperson (1. «Gatekeeper»; i. d. R. eine Pflegefachperson). Diese ermöglicht bei Bedarf einen koordinierten Zugang zum Partner- bzw. Zentrums-Arzt/-Ärztin (2. «Gatekeeper»). Je nach Situation involviert der Partnerarzt oder die Partnerärztin weitere Spezialistinnen bzw. Spezialisten oder ein Spital.

Der Übertritt eines oder einer Asylsuchenden vom Bund zum Kanton bedeutet bei der medizinischen Versorgung ein Wechsel der Gesundheitsfachperson und des «Hausarztes». Die Krankengeschichte (insbesondere die bisherigen Berichte zu Diagnosen und Therapien) muss für die fortan zuständigen Gesundheitsfachpersonen (nun auf Kantonebene angesiedelt) bereitgestellt werden.

Insgesamt ist der Prozess der medizinischen Versorgung und Dokumentation im Asylbereich zurzeit nur wenig digitalisiert und oft geprägt durch Medienbrüche. Das heisst Informationen können nicht durchgängig, strukturiert und digital zwischen den Akteuren und deren Systemen ausgetauscht werden, sondern müssen von einem Medium oder System auf ein anderes übertragen werden (z. B. Papierdokumente einscannen, elektronische Dokumente ausdrucken, Versand per Post, Fax oder E-Mail). Die Medienbrüche treten an unterschiedlichen Schnittstellen auf:

1. «Horizontal»: In der unmittelbaren Gesundheitsversorgung innerhalb einer Ebene (Bund oder Kanton), also beim Austausch von Informationen zwischen den Pflegefachpersonen der Bundesasylzentren («Medic-Help»; 1. «Gatekeeper») und Zentrumsärztinnen und Zentrumsärzten (2. Gatekeeper) bis hin zu den Spezialisten und Spezialistinnen und Spitälern.
2. «Vertikal»: Werden Asylsuchende einer kantonalen Unterkunft zugeteilt, werden die jeweiligen Patienten-Dossiers von den Pflegefachpersonen der Bundesasylzentren zusammengestellt und an eine zuvor bezeichnete Person aus dem Kanton zugestellt. Parallel dazu erhalten Asylsuchende die Inhalte der Krankengeschichte auch in Papierform ausgehändigt. Die Zustellung erfolgt heute nur selten über gemeinsame Datenablagen oder gesicherte E-Mail sondern in der Regel als Papier-Dossier oder Dateisammlung auf einem USB-Speicher per Post. Auf kantonaler Ebene kommt es daher häufig vor, dass behandlungsrelevante Unterlagen den nun zuständigen kantonalen Pflegefachpersonen und nachbehandelnden Partnerärzten oder Partnerärztinnen nicht unmittelbar oder nicht vollständig zur Verfügung stehen. In dem Fall kennen die nachbehandelnden Gesundheitsfachpersonen die vollständige Behandlungsgeschichte nicht und müssen versuchen, die vorbehandelnden Fachpersonen auffindig zu machen, sie zu kontaktieren und die fehlenden Dokumente – unter Umständen immer noch nicht vollständig – von diesen einzuholen.

Aufgrund der fragmentierten Zuständigkeiten und Prozessverläufe sowie nur rudimentärer digitaler Unterstützung kommt es nicht nur zu ineffizienten und fehleranfälligen Medienbrüchen, sondern in der Folge oft auch zu Informationsverlust oder mangelhafter Verfügbarkeit von Informationen.

Hier ist auch zu bedenken, dass das Gewinnen von Informationen bei Asylsuchenden wegen Sprachbarrieren und Notwendigkeit von Dolmetschen oft mit einigem Aufwand verbunden ist. Insofern sind diese Informationen besonders kostbar und ihr Verlust besonders unerfreulich. Im Bereich der psychischen Gesundheit kann das wiederholte Abfragen verloren gegangener Informationen zudem unnötig psychisch belastend sein.

Bei fragmentierten Zuständigkeiten ist zudem die Verantwortung für die Einhaltung von Datenschutz und Datensicherheit über zahlreiche Akteure verteilt, wird nicht durchgehend technisch unterstützt, und ist somit von den jeweiligen, sehr heterogenen technischen und organisatorischen Voraussetzungen abhängig.

Diese Defizite im gegenwärtigen medizinischen Informationsaustausch können negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität, die Patientensicherheit, die Effizienz der Versorgung und nicht zuletzt auch auf die informationelle Selbstbestimmung sowie auf die Gesundheitskompetenz von Asylsuchenden haben. Das EPDG bezweckt mit dem EPD ebendiese Aspekte zu verbessern.

### 3 Das EPD als Drehscheibe für den Informationsaustausch

In der Schweiz versteht man unter dem elektronischen Patientendossier ein virtuelles Dossier, das dezentral abgelegte behandlungsrelevante Daten einer Patientin oder eines Patienten in einem Abrufverfahren berechtigten Gesundheitsfachpersonen zugänglich macht. Die Inhalte stehen entlang des Behandlungspfades unabhängig von Ort und Zeit zur Verfügung. Die Patientinnen und Patienten haben selbst Einsicht und können Zugriffsrechte verwalten.

Für die Erstellung eines EPD ist die schriftliche Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten erforderlich. Die Einwilligung ist nur gültig, wenn die betroffene Person sie nach angemessener Information über die Art und Weise der Datenbearbeitung und deren Auswirkungen freiwillig erteilt (informed consent).

Das EPD basiert auf dem Prinzip einer verteilten Datenhaltung und kommt ohne zentrale Dokumentenspeicher aus. Jede Gesundheitsfachperson erfasst und speichert die medizinischen Daten und Dokumente ihrer Patienten und Patientinnen wie gewohnt im eigenen Dokumentations-System. Diese werden auch als «Primärsysteme» bezeichnet. Die für die Weiter- und Nachbehandlung relevanten Dokumente (wie z.B. Röntgenbilder, Operations- und Austrittsberichte, Laborbefunde, Medikationslisten, etc.) in den Primärsystemen können von dort via EPD bereitgestellt und somit auch anderen Gesundheitsfachpersonen zugänglich gemacht werden. Das EPD wird deshalb auch als «Sekundärsystem» bezeichnet.

Die Einführung des EPD in der Schweiz ist Teil der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Mit dem elektronischen Patientendossier sollen die Qualität der medizinischen Behandlung gestärkt, die Behandlungsprozesse verbessert, die Patientensicherheit erhöht und die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert sowie die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten gefördert werden («Zweckartikel» Art. 1 EPDG).

Inzwischen bieten zertifizierte Stammgemeinschaften in allen Versorgungsregionen der Schweiz elektronische Patientendossiers an. Ein Blick in andere Länder (z. B. Österreich, Grossbritannien und auch viele skandinavische Länder) zeigt, wie sich vergleichbare Projekte zu breit akzeptierten und wertvollen Instrumenten der Gesundheitsversorgung entwickelt haben. Und auch vor der nationalen Einführung des EPD in der Schweiz konnten mehrere Kantone bereits gute Erfahrungen mit den neuen Möglichkeiten einer gesicherten digitalen Drehscheibe für Gesundheitsinformationen sammeln.

Das EPD generiert den grössten Mehrwert insbesondere dort, wo medizinische Informationen von vielen Quellen erzeugt und entlang eines fragmentierten Behandlungspfades für Gesundheitsfachpersonen aus verschiedenen Organisationen jederzeit verfügbar sein müssen. Da die Bereitstellung von Dokumenten sicher, schnell, vollständig und ohne Medienbrüche verläuft, hat der Einsatz eines EPD besonders im Asylbereich grosses Potential. Mit strukturierten Daten können Informationen zudem standardisiert und asylspezifische medizinische Versorgungsprozesse ideal unterstützt werden.

Anspruchsgruppen mit dem Bedürfnis nach einem verbesserten Informationsfluss sind vorderhand die involvierten Stellen und Leistungserbringer auf den Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden sowie die jeweils beigezogenen Sekundärversorger (z. B. Spitäler, Spezialistinnen und Spezialisten und ggf. andere Sozial- und Gesundheitsdienstleister). Nicht zuletzt ist ein EPD auch für die Asylsuchenden selbst ein Gewinn, indem sie jederzeit Einsicht in ihre Gesundheitsinformationen erhalten können und die medizinischen Dokumente ihres EPD auch nach Abschluss des Asylverfahrens für sie verfügbar bleiben (z. B. um nach einer allfälligen Niederlassung in einer Gemeinde weiter von ihnen genutzt zu werden).

Die Analysen der Studie zeigen, dass ein Einsatz des EPD bereits unter den aktuell geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen (September 2020) nicht nur sinnvoll, sondern mit wenigen organisatorischen Anpassungen und ohne Beschaffung neuer oder Anpassung bestehender ICT-Systeme realisierbar wäre. Mindestens auf Bundesebene können rasch weitgehende Verbesserungen im Informationsfluss, bei der Verfügbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Daten und zur Sicherstellung des Datenschutzes erzielt werden.

Da die entsprechenden Infrastrukturen für das EPD von den zertifizierten Stammgemeinschaften, resp. ihren Technologie-Anbietern betrieben, gewartet und weiterentwickelt werden, sind für die Einführung im Asylbereich keine zusätzlichen Aufbau-, Betriebs- oder Wartungsleistungen notwendig.

Die wiederkehrenden Kosten für die Gesundheitsfachpersonen im Bundesauftrag und die mit der EPD-Verwendung einhergehenden allgemeinen Kosten zur Eröffnung und Verwaltung des EPD und der Identifikationsmittel würden durch die breite Basis von weiteren angeschlossenen Einrichtungen und Gesundheitsfachpersonen mitgetragen und sollten sich daher in einem moderaten Rahmen bewegen.

Bisherige Dokumentationspflichten und Prozesse der Leistungserbringer (im «Primärsystem») würden vom EPD nur insofern tangiert, dass behandlungsrelevante Dokumente jeweils noch von der Gesundheitsfachperson (oder einer Hilfsperson) ins EPD gestellt werden und damit (für andere) sofort und jederzeit – und ohne aufwendige «Nachforschung» – komplett verfügbar sind.

Eine konsequente («vertikale») Ausweitung der Nutzung auch auf der kantonalen Ebene ist aus den gleichen Gründen erstrebenswert und würde weiteren Mehrwert bringen.

## 4 Voraussetzungen zum Einsatz des EPD

### 4.1 Grundsätzliche Voraussetzungen zum Einsatz des EPD

Der Einsatz und die Nutzung des EPD ist durch das EPDG an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Gemäss EPDG gibt es grundsätzlich für vier Personengruppen, resp. Rollen die Möglichkeit, Daten des EPD zu bearbeiten (d. h. Anlegen/Bereitstellen, Lesen/Abrufen, Aktualisieren, Löschen):

Benutzergruppe/Rolle	Medizinische Daten	Berechtigungen	Protokolldaten
Patientinnen und Patienten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Stellvertretungen von Patientinnen und Patienten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gesundheitsfachpersonen	<input checked="" type="checkbox"/>	( <input checked="" type="checkbox"/> <sup>1</sup> )	✗
Hilfspersonen von Gesundheitsfachpersonen	<input checked="" type="checkbox"/>	( <input checked="" type="checkbox"/> <sup>2</sup> )	✗

Unabhängig von der Rolle erfordert der Zugriff auf das EPD für alle Benutzer eine starke Authentifizierung («Login») mit elektronischen Identifikationsmitteln (eID), die von einem der mittlerweile zertifizierten Anbieter herausgegeben wurden (vgl. Art. 7 EPDG).

Die nötigen Voraussetzungen für die Rollen im System und die daraus resultierenden Konsequenzen im Überblick:

	Voraussetzungen	Konsequenzen
<b>Patientin/Patient (PAT)</b>	Einwilligung zur Eröffnung eines EPD.	Information (mehrsprachig) als Voraussetzung für Einwilligung.
	AHVN <sub>13</sub> bei der ZAS.	Bezug einer AHVN <sub>13</sub> , sofern nicht vorhanden.
	Sichere Identifikation / Authentifizierung anhand amtlicher Dokumente.	Amtliches Ausweisdokument für den Bezug einer eID.
<b>Stellvertretung der Patientin/ des Patienten (REP)</b>	Legitimation als Stellvertretung für PAT.	Nachweis/Bestätigung über die Einsetzung als Stellvertretung.
	Sichere Identifikation / Authentifizierung anhand amtlicher Dokumente.	Amtliches Ausweisdokument für den Bezug einer eID.

<sup>1</sup> Sofern Patientinnen und Patienten (oder ihre Stellvertretung) eine Gesundheitsfachperson dazu «ermächtigt», besteht für diese Gesundheitsfachpersonen zudem die Möglichkeit «die ihnen erteilten Zugriffsrechte höchstens im gleichen Umfang an weitere Gesundheitsfachpersonen oder Gruppen von Gesundheitsfachpersonen zu übertragen» (Art. 4 Bst. g EPDV). In diesem Fall würden diese «ermächtigten» Gesundheitsfachpersonen ebenfalls die Berechtigungskonfiguration der Patient/in (mit Einschränkungen) bearbeiten. Da Hilfspersonen im System wie die mit ihr verbundene Gesundheitsfachperson agieren, gilt dies in gleicher Weise für die Hilfspersonen einer ermächtigten Gesundheitsfachperson.

<b>Gesundheitsfachperson (HCP)</b>	«Nach eidgenössischem oder kantonalem Recht anerkannte Fachperson, die im Gesundheitsbereich Behandlungen durchführt oder anordnet oder im Zusammenhang mit einer Behandlung Heilmittel oder andere Produkte abgibt» (Art. 2 Bst. b EPDG).	Qualifikation als Gesundheitsfachperson und entsprechende Tätigkeit.
	GLN-Nummer	Registrierung im entsprechenden Berufsregister oder bei Refdata.
	Mitglied einer zertifizierten (Stamm-) Gemeinschaft (via Mitgliedschaft der Gesundheitseinrichtung).	Anschluss der Einrichtung an eine zertifizierte (Stamm-) Gemeinschaft.
	Sichere Identifikation / Authentifizierung anhand amtlicher Dokumente.	Amtliches Ausweisdokument für den Bezug einer eID.
<b>Hilfsperson (ASS)</b>	Legitime Registrierung als Hilfsperson einer Gesundheitsfachperson.	Registrierung als Hilfsperson einer angeschlossenen und für sie verantwortlichen Gesundheitsfachperson.
	GLN-Nummer	Registrierung im entsprechenden Berufsregister oder bei Refdata.
	Sichere Identifikation / Authentifizierung anhand amtlicher Dokumente.	Amtliches Ausweisdokument für den Bezug einer eID.

**Für alle genannten EPD-Rollen sind die Voraussetzungen und die daraus resultierenden Konsequenzen für die entsprechenden Personen im Asylbereich erfüllbar.**

#### **4.2 Konkrete Schritte für die Akteure im Asylbereich zur Erfüllung der Voraussetzungen**

Das EPD kann im Asylbereich zunächst auf Bundesebene mit wenigen Schritten und organisatorischen Anpassungen eingesetzt werden. Die dazu notwendigen Schritte sind:

1. Die beauftragten Leistungserbringer des SEM (dies sind vorderhand Mitarbeitende von Medic-Help sowie die Partnerärzte der BAZ) müssen sich einer EPD-Stammgemeinschaft anschliessen. Dies kann über entsprechend erweiterte Leistungsvereinbarungen zwischen dem SEM und den jeweiligen Leistungserbringern geregelt und eingefordert werden. Alle Personen, die auf das EPD zugreifen sollen, müssen über eine zertifizierte elektronische Identität verfügen, weil jede Datenbearbeitung im EPD eine starke Authentifizierung erfordert.
2. Asylsuchenden wird dann jeweils im Rahmen der Erstkonsultation die Eröffnung eines EPD angeboten. Willigt die asylsuchende Person – nach Information über die Vorzüge (u. a. Behandlungsqualität, informationelle Selbstbestimmung) – in die Eröffnung ein, wird ein EPD angelegt und mit der ebenfalls neu zu erzeugenden eID der asylsuchenden Person verknüpft. Das EPD ist dann bereits für die Patientin oder den Patienten verfügbar und kann auch bereits von allen am EPD teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen befüllt werden.
3. Möchte oder kann die Person ihr EPD nicht selbst verwalten, kann sie im Rahmen der EPD-Eröffnung auch direkt eine Stellvertretung bestimmen, resp. der angebotenen Stellvertretung zustimmen und somit die Verwaltung des EPD komplett an diese delegieren. Die ausgewählte(n) Stellvertretung(e)n (z. B. der eingesetzte Rechtsvertreter, die Medic-Help Gesundheitsfachperson) übernehmen dann die Verwaltung der Dokumente und Zugriffsrechte im Sinne der Patientin oder des Patienten. Eine Einsichtnahme durch die Patientin oder den Patienten ist trotzdem jederzeit möglich. Wenn Asylsuchende ihr EPD selbst verwalten wollen und keine Stellvertretung (mehr) benötigt wird, kann diese Rolle jederzeit aufgehoben werden.

### 4.3 Nutzung des EPD für mehr Kontinuität in der Gesundheitsversorgung

Die administrativen Interaktionen der Gesundheitsfachpersonen mit dem EPD auf Ebene Bund (z. B. Medic-Help) oder bei den Kantonen, sind vor allem an drei zentralen Schnittstellen notwendig, um eine verbesserte Kontinuität der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

1. Eintritt ins Verfahren beim Bund	2. Übergang vom Bund zum Kanton	3. Austritt aus dem Asylverfahren und ggf. Übergang in eine Wohn-Gemeinde
<ul style="list-style-type: none"><li>– Information/Einwilligung von Asylsuchenden einholen und EPD eröffnen (ggf. Bezug eID)</li><li>– Stellvertretungen für Asylsuchenden einrichten und Berechtigungen verwalten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Onboarding des Gesundheitsfachpersonals bei Stammgemeinschaft (ggf. Bezug eID)</li><li>– Stellvertretungen für Asylsuchenden einrichten und Berechtigungen verwalten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– EPD durch Asylsuchenden übernehmen und Stellvertretungen/Berechtigungen entfernen <u>oder</u></li><li>– EPD schliessen</li></ul>

Schon allein auf Bundesebene könnten erhebliche Verbesserungen im Informationsfluss, bei der Verfügbarkeit, Nachvollziehbarkeit und nicht zuletzt zur Sicherstellung des Datenschutzes erzielt werden. Da die entsprechenden Applikationen und Infrastrukturen für das EPD von den Stammgemeinschaften, resp. ihren Technologie-Anbietern, betrieben, gewartet und weiterentwickelt werden, sind keine zusätzlichen Aufgaben durch die bearbeitenden Stellen notwendig. Aus den gleichen Gründen ist auch eine konsequente Ausweitung auf die kantonale Ebene erstrebenswert.

Im Laufe der Zeit könnten spezifische Weiterentwicklungen und Anpassungen auf technischer, organisatorischer oder gar rechtlicher Ebene darüber hinaus weiteren Nutzen und/oder Vereinfachungen für den Einsatz im Asylbereich generieren. Beispielsweise könnten bestimmte Komfort-Funktionen und Spezialfunktionen auf den Zugangsportalen der EPD-Plattformen implementiert werden.

### 4.4 Soll-Situation mit Einsatz des EPD

Der praktische Einsatz eines EPD im Asyl-Kontext und der Zugewinn an Kontinuität in der Datenbearbeitung lässt sich gut veranschaulichen, indem man den Prozess für Asylsuchende (kurz: *User-Journey*) in vier Phasen beschreibt:

- **Phase 1:** Eintritt in das Asylverfahren in einem der Asylzentren des Bundes (BAZ mit/ohne Verfahren).
- **Phase 2:** Medizinische Versorgung des Asylsuchenden während des Aufenthalts in einem Asylzentrum des Bundes (oder nach Transfer in ein anderes BAZ mit/ohne Verfahren).
- **Phase 3:** Übergang des Asylsuchenden vom BAZ mit/ohne Verfahren in ein kantonales Asylzentrum und medizinische Versorgung des Asylsuchenden während des Aufenthalts unter kantonaler Hoheit.
- **Phase 4:** Austritt aus dem kantonalen Asylzentrum und Übergang in die Niederlassung in einer Gemeinde.

#### 4.4.1 Phase 1: Eintritt in das Asylverfahren in einem der Bundesasylzentren (BAZ)

Der Asylsuchende wird in einem der Bundesasylzentren mit Verfahrensfunktion untergebracht. Im Rahmen der Durchführung der medizinischen Eintrittsinformation (MEI) durch Mitarbeitende des Medic-Help wird der Asylsuchende neu zusätzlich darüber informiert, dass er die Möglichkeit hat ein EPD zu eröffnen.

Integriert in den Informationsschritt zum MEI, der die Asylsuchenden bereits über diverse Rechte, Pflichten und Datenbearbeitungen im Rahmen der MEI informiert, wird der Asylsuchende auch gem. Art. 3 Abs. 1 EPDG angemessen über das EPD, die Art und Weise der Datenbearbeitung und deren Auswirkungen informiert sowie nach seiner Einwilligung zur Eröffnung eines EPD gefragt.

Wird die Einwilligung abgegeben, so eröffnet Medic-Help für die asylsuchende Person ein EPD (inkl. Bezug einer eID).

Als Teil der Eröffnung wird das EPD mit den nötigen Rollen und Berechtigungen «vorkonfiguriert». So können direkt Zugriffsrechte für Gesundheitsfachpersonen, die für die weitere medizinische Versorgung relevant sind, vergeben werden, also in der Regel an Gesundheitsfachpersonen von Medic-Help oder an die primärversorgenden Partnerärztinnen und Ärzte.

Optional werden ausgewählte Personen in der Rolle Stellvertretung eingerichtet, womit diese das weitere Management von Dokumenten und Berechtigungen im Namen der asylsuchenden Person übernehmen können. Diese wichtige Rolle der Stellvertretung wird ebenfalls einer oder mehreren Fachpersonen von Medic-Help zugewiesen. Darüber hinaus könnte auch (zusätzlich) der Rechtsvertreter oder die Rechtsvertreterin als Stellvertreter im EPD fungieren und so nötigenfalls ohne Umwege Einsicht in die medizinische Dokumentation der asylsuchenden Person nehmen. Über die Möglichkeit, die protokollierten Zugriffe im EPD zu sichten, kann die Rechtsvertretung zudem auch über die rechtskonforme Nutzung des EPD wachen.

Im Rahmen der (optionalen) Medizinischen Erstkonsultation (MEK) würden bereits erste Dokumente und Befunde (oder auch die Dokumentation «kein Befund») ins EPD eingestellt werden.

Falls die asylsuchende Person ihr EPD (auch) selbst nutzen und verwalten möchte, könnte entsprechende Anleitung und Hilfestellung zur Nutzung und Funktionsweise ebenfalls in dieser Phase geleistet werden.

Hinweis: Die Information zur Einwilligung, wie auch die Hilfe und Unterstützung muss nicht durch medizinisches Fachpersonal geleistet werden, sondern kann durch Dritte und entsprechendes Info- und Schulungsmaterial (z. B. auch multimedial) vermittelt, resp. unterstützt werden.

#### 4.4.2 Phase 2: Medizinische Versorgung der Asylsuchenden während des Aufenthalts in einem BAZ oder Transfer in ein anderes BAZ

Der oder die Asylsuchende ist nun in einem BAZ untergebracht. Das EPD ist eröffnet und die eID herausgegeben und aktiviert. Er oder sie weiss, dass die medizinische Versorgung wie bisher nach dem «Gatekeeper Modell» funktioniert: Falls ein Anliegen vorliegt, wendet er oder sie sich an die Medic-Help Pflegefachperson (1. Gatekeeper), die dann fallbasiert entscheidet, ob er / sie erst zu einem der vertraglich gebundenen Partnerärzte des BAZ (Primärversorger mit EPD-Zugang) oder direkt in die Sekundärversorgung, wie z. B. zu einer Spezialistin oder ins Spital überwiesen wird.

Die Pflegefachperson von Medic-Help legt in der EPD-Rolle Gesundheitsfachperson jeweils die behandlungsrelevanten Dokumente und z. B. das Zuweisungsformular zum Partnerarzt direkt im EPD ab. In der Rolle Stellvertretung stellt die Pflegefachperson dann sicher, dass die nachbehandelnden Primär- und/oder ggf. auch Sekundärversorger, über die nötigen Zugriffsrechte auf das EPD verfügen<sup>2</sup>.

Der oder die Asylsuchende konsultiert nun den Partnerarzt oder die Partnerärztin (2. Gatekeeper). Dieser kann nun über das EPD (via Zugangportal oder das Praxisinformationssystem) die behandlungsrelevanten Dokumente aller bisherigen Voruntersuchungen sowie die Überweisungsdokumente direkt, vollständig und ohne Verzögerung einsehen.

Nach Anamnese, Diagnose und ggf. weiteren Behandlungsschritten, sowie Bereitstellung von behandlungsrelevanten und administrativen Dokumenten (z. B. der Überweisung) überweist die Partnerärztin oder Partnerarzt den Patienten oder die Patientin ggf. zu einem Sekundärversorger. Die Dokumente sind sowohl für die ans EPD angeschlossenen Sekundärversorger wie auch für Medic-Help wiederum sofort im EPD einsehbar.

---

#### Exkurs: Zugriffsmöglichkeiten und Zugriffsrechte der Sekundärversorger

Für die Partner- oder Zentrumsärzte des SEM – ebenso wie für Personal von Medic-Help - kann über die Vertragsbeziehung durchgesetzt, resp. sichergestellt werden, dass diese sich als GFP einer zertifizierten Stammgemeinschaft angeschlossen haben<sup>3</sup>. Sie verfügen somit – nach dem sog. «onboarding» der GFP durch die Stammgemeinschaft – über die nötige Registrierung als GFP im EPD und somit über den Portalzugang mittels eID. Für die Sekundärversorger kann dies nicht vorausgesetzt, oder durchgesetzt werden. Zwar besteht für Spitäler gem. KVG (Art. 39 Abs. 1 Bst. f) eine Pflicht, sich an eine (Stamm-) Gemeinschaft anzuschliessen. Eine solche besteht für ambulant tätige Sekundärversorger (z. B. Spezialisten) bislang jedoch (noch) nicht, so dass ein Zugang zum EPD nicht vorausgesetzt werden kann. Die behandlungsrelevanten Dokumente müssten in

---

<sup>2</sup> Entweder werden alle potenziellen Partnerärzte im Rahmen der EPD-Eröffnungsinitialisierung vorab berechtigt, oder dies geschieht erst bei Bedarf und fallweise durch die Medic-Help Stellvertretung.

<sup>3</sup> Idealerweise aber nicht notwendigerweise an die gleiche Stammgemeinschaft, wie das Personal von Medic-Help. So können Stellvertretungen und Ermächtigungsrechte ohne Einschränkung genutzt werden, denn Stellvertretungen und die Weitergabe von Zugriffsrechten durch ermächtigte GFP sind nur innerhalb der gleichen Stammgemeinschaft des jeweiligen Patienten möglich.

solchen Fällen noch auf klassischem Wege, an die nachbehandelnden Sekundärversorger übermittelt werden. Dieser gelegentliche Medienbruch ist bis zum flächendeckenden Anschluss aller Leistungserbringer leider unvermeidlich. Gleichwohl können zumindest die in der Sekundärversorgung erstellten Behandlungsdokumente via Medic-Help dann doch noch nachträglich ins EPD überführt werden um so eine lückenlose Dossierführung im EPD ermöglichen.

---

Je nachdem, ob der Sekundärversorger ebenfalls Mitglied einer Stammgemeinschaft ist oder nicht, wird der entsprechende Bericht gleich im EPD bereitgestellt, oder er wird dem überweisenden Partnerarzt bzw. der Partnerärztin sowie Medic-Help auf klassischem Wege zugestellt. Der Partnerarzt oder die Partnerärztin schliesst den Fall wie bisher ab und legt sämtliche Dokumente im EPD der Patientin oder des Patienten ab<sup>4</sup>, resp. lässt dies durch sein Praxispersonal in der EPD-Rolle «Hilfsperson» erledigen.

Über die Rolle Stellvertretung der Asylsuchenden, wahrgenommen durch das Personal von Medic-Help, können alle nötigen Zugriffsrechte bei Bedarf und gemäss Bedarf verwaltet werden und eine lückenlose Dokumentation des Dossiers sichergestellt werden.

Sollten Asylsuchende in ein andere BAZ überführt werden, sind lediglich die Stellvertretungs-Beziehungen anzupassen, so dass das dortige Personal vor Ort nun die Rolle der Stellvertretung übernimmt um einen lückenlosen Übergang sicherzustellen.

#### 4.4.3 Phase 3: Übergang der Asylsuchenden vom BAZ in ein kantonales Asylzentrum und medizinische Versorgung des Asylsuchenden unter kantonaler Hoheit

Für den Asylsuchenden endet der Aufenthalt in einem BAZ und er / sie soll in einer kantonalen Asylunterkunft untergebracht werden.

Je nach Vereinbarung mit dem Empfängerkanton, resp. der Möglichkeit zur dortigen EPD-Nutzung, wird der Transfer des medizinischen Dossiers, resp. die Übertragung von Stellvertreter-Rollen und Zugriffsrechten im EPD vorbereitet. Als letztes zusammenfassendes Dokument wird auch das bisherige Austrittsblatt von Medic-Help erstellt und zu den bestehenden Unterlagen im EPD bereitgestellt.

Für die kantonalen Stellen muss nun, je nachdem ob auf Kantonsseite auch mit dem EPD gearbeitet wird, entweder ein kompletter Ausdruck (Medienbruch) oder elektronischer Export<sup>5</sup> der relevanten Dokumente aus dem EPD erfolgen. Wenn im kantonalen Asylzentrum ebenfalls das EPD genutzt wird, muss lediglich die Rolle Stellvertretung an die neuen kantonalen Nutzer übertragen werden, womit ein Medienbruch vermieden wird.

Bei Aufnahme der Asylsuchenden im Kanton werden diese auf die Notwendigkeit der neuen Stellvertretung und ggf. neu zu vergebenden Zugriffsrechten für die medizinische Versorgung durch die kantonalen Leistungserbringer (Partnerärzte des Kantons) hingewiesen. Die Berechtigungen des EPD können dann den kantonalen Gegebenheiten entsprechend angepasst werden, indem der Sachbearbeiter des kantonalen Zentrums wieder in der Rolle der Stellvertretung des Asylsuchenden die Zugriffsberechtigung des EPD so konfiguriert, dass künftig nicht mehr die Pflegefachpersonen und die Partnerärzte des Bundes Zugriff auf das entsprechende EPD haben, sondern die jeweiligen Gesundheitsfachpersonen aus dem Kanton (Partnerärzte mit EPD-Verpflichtung gem. Leistungsauftrag).

#### 4.4.4 Phase 4: Austritt aus dem kantonalen Asylzentrum und Übergang in die reguläre Niederlassung in einer Gemeinde

Endet das Asylverfahren auf Kantons-Ebene mit einem Aufenthaltstitel, gehen die Asylsuchenden in die reguläre obligatorische Grundversicherung über. Sie beziehen Domizil ausserhalb der kantonalen Asylzentren. Hier endet der Prozess der staatlich geführten und unterstützten Dossierbewirtschaftung und die medizinische Dokumentation im Rahmen des Asylverfahrens durch Bund und Kantone.

Die asylsuchende Person wird zuletzt darüber informiert, dass er oder sie das bestehende EPD entweder in Eigenregie weiterführen oder auch komplett aufheben, d.h. löschen kann. Falls eine Weiterführung gewünscht

---

<sup>4</sup> Alternativ könnte die Nacherfassung von Dokumenten auch durch Medic-Help Personal erfolgen, das – ebenso wie der Rechtsvertreter – jeweils eine Kopie der Sekundärversorger-Dokumentation erhält.

<sup>5</sup> Der Export aller Dokumente inkl. ihrer Metadaten ist durch Ziff. 10.2 des Anhangs 2 der EPDV-EDI als Zertifizierungsvoraussetzung gefordert und steht somit jedem Benutzer des Patientenportals (Patient oder Stellvertretung) zur Verfügung: «10.2 Offline-Speicherung von medizinischen Daten und Metadaten: Patientinnen und Patienten müssen die Möglichkeit haben, Daten aus ihrem elektronischen Patientendossier in einem interoperablen gängigen elektronischen Format herunterzuladen oder auf andere Weise zu beziehen»

wird, werden sämtliche Stellvertretungsrollen der kantonalen Bediensteten beendet und allfällige Zugriffsrechte von Primär- oder Sekundär-Versorgern standardmässig vollständig entzogen. Somit hat nunmehr ausschliesslich der oder die Asylsuchende selbst noch Zugang zum EPD und muss es fortan selbst verwalten oder eigene Stellvertreter (z. B. Angehörige oder Vertreter sozialer Organisationen) benennen.

## 5 Schritte zur Umsetzung

Wie bereits erläutert, könnte eine schrittweise Umsetzung und Ausweitung zunächst auf Ebene Bund beginnen und somit das SEM in die Federführung für ein Umsetzungsprojekt übernehmen. Dazu müsste das SEM neue Leistungsverträge mit den beauftragten Medic-Help Vertragsnehmern und Partnerärzten definieren, damit der Anschluss der beauftragten Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen an eine zertifizierte Stammgemeinschaft gewährleistet ist.

Für den Bezug einer eID sind für die entsprechenden Benutzergruppen (SEM, Medic-Help, Partnerärzte, ggf. Rechtsvertretungen) die bestehenden Standard-Prozesse zum Bezug von elektronischen Identifikationsmitteln (eID) der gewählten Stammgemeinschaft zu durchlaufen.

Gesundheitsfachpersonen (und Hilfspersonen), welche Daten des EPD bearbeiten, werden von den Stammgemeinschaften im Umgang mit dem EPD, sowie dem Zugangsportale geschult. Gleiches gilt, falls Rechtsvertreter ebenfalls standardmässig einen Zugang (Rolle Stellvertretung der Asylsuchende) auf die Dokumente, Berechtigungen und Protokollinformationen des EPD erhalten sollen.

In Zusammenarbeit mit der Stammgemeinschaft könnten die Technologieanbieter beauftragt werden, spezielle Komfort-Funktionen für diesen Anwendungsbereich zu implementieren. Hier ist insbesondere an die vereinfachte Re-Konfiguration von Berechtigungen zu denken, wenn neue Benutzergruppen in die Behandlung involviert werden (z. B. nach Übergang in die kantonale Zuständigkeit).

## 6 Offene Punkte und zu klärende Fragen

Damit das EPD in der medizinischen Versorgung im Asylbereich zu einem Erfolg wird, müssen neben den vergleichsweise geringen vertraglichen und administrativen Voraussetzungen für die staatlichen Stellen vor allem die Akzeptanz durch die Asylsuchenden als erfolgskritisch gesehen werden.

Die Asylsuchenden sind eine sehr heterogene Gruppe, so dass kaum generelle Aussagen zu diesem Thema gemacht werden können. Es darf jedoch nicht einfach davon ausgegangen werden, dass Migranten/innen per se ablehnender oder weniger versiert im Umgang mit digitalen Medien sind. Viele sind relativ jung und mit zahlreichen digitalen Werkzeugen bereits vertraut und stehen den zusätzlichen Möglichkeiten offen gegenüber.

Um ihre Einwilligung (Informed Consent) zur Eröffnung ihres persönlichen EPD einzuholen kommt der sorgfältigen und zielgruppengerechten Information der Asylsuchenden über den Nutzen des EPD dennoch eine ganz besondere Bedeutung zu. Der Einsatz von speziell zum EPD geschulten Dolmetschenden ist dabei unbedingt vorzusehen. Im Dialog lassen sich die Vorzüge (wie Behandlungsqualität, Patientensicherheit, informationelle Selbstbestimmung, Datenschutz, Transparenz über jeden Zugriff) am besten erläutern und allfälligen Bedenken am besten begegnen.

## 7 Fazit

Eine geteilte Dokumenten-Drehscheibe, wie sie das EPD darstellt, könnte schon mit wenigen Weichenstellungen im Asylbereich zur Verfügung stehen und dadurch die Datenverfügbarkeit und Kontinuität der Gesundheitsversorgung für alle involvierten Akteure deutlich verbessern. Medienbrüche könnten stark verringert oder gar ganz eliminiert werden. Über ein gemeinsam genutztes EPD liessen sich mittelfristig auch die bisher sehr heterogenen Prozesse (insbesondere auf Ebene Kantone) einfacher harmonisieren. Im Gegensatz zu anderen, hochgradig individualisierten Digitalisierungslösungen («custom build software») müssen jedoch keine starren Prozessdefinitionen (Workflows) definiert und zwingend von allen umgesetzt werden. Somit liesse der Einsatz des EPD genügend Flexibilität, um eine Nutzung auch ohne strenge Vereinheitlichung der Prozesse und Schnittstellen rasch und in schrittweisen Etappen zu starten.