



IPAG eHealth

Interprofessionelle Arbeitsgemeinschaft eHealth
Communauté de travail interprofessionnelle eHealth

Empfehlungen der IPAG eHealth für einen Minimalen Datensatz von Gesundheitsrelevanten Informationen im EPD

Bern, 4. Juli 2025

Inhalt

1. Einleitung	3
1.1 Ausgangslage	3
1.2 Auftrag	5
1.3 Angrenzende Themen	8
1.4 Haftung der Gesundheitsfachpersonen	10
2 Verdeutlichung der behandlungsrelevanten Informationen	10
2.1 Auslegeordnung mit bestehenden Empfehlungen	10
2.2 Internationale Vorgaben und Empfehlungen	13
2.3 Behandlungsrelevante Informationen	19
3. Behandlungsrelevante Informationen Schweiz	21
3.1 Empfehlung der behandlungsrelevanten Informationen für die Schweiz	21
4 Limitationen	26
4.1 Verfügbarkeit der Informationen	26
Anhang 1 Metadaten	28
A.1.1 Dokumente	28
A 1.2 Wertebereiche	29
Anhang 2 Orientierungshilfe für Gesundheitsfachpersonen	29

Positionierung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG):

Das BAG würdigt die produktive Zusammenarbeit mit der interprofessionellen Arbeitsgruppe eHealth (IPAG eHealth) während der Erarbeitung dieser Hilfestellung zu Handen der mit dem elektronischen Patientendossier (EPD) arbeitenden Gesundheitsfachpersonen. Dieser Bericht gibt die Ergebnisse der Arbeiten der IPAG eHealth mit einem Fokus auf die Sicht von Gesundheitsfachpersonen.

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Das elektronische Patientendossier (EPD) ist ein virtuelles patientenorientiertes Gesundheitsdossier, das die Möglichkeit bietet, behandlungsrelevante Informationen abzulegen und gezielt in einem konkreten Behandlungsfall abzurufen. Die ursprünglich dezentrale Verwaltung von Informationen wird in Zukunft durch den Bundesratsentscheid vom 27.09.2024 zentralisiert¹. Mit Inkrafttreten der umfassenden Revision soll die technische Infrastruktur als Bundesaufgabe geführt werden. Dies trägt dazu bei, bestehende Interoperabilitätsproblematiken zu beheben und die Etablierung von Weiterentwicklungen zu erleichtern. Das EPD soll bereits heute als zentrale Informationsquelle für Gesundheitsfachpersonen im Gesundheitswesen dienen und den Zugriff auf die behandlungsrelevanten Informationen eines Patienten sowie auf selbst erfasste Gesundheitsinformationen ermöglichen. So können Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und weitere Gesundheitsfachpersonen wie Apothekerinnen und Apotheker und therapeutisches Personal jederzeit auf freigegebene, aktuelle und relevante Informationen zugreifen was die Koordination und Kontinuität der Versorgung verbessert. Voraussetzung hierfür ist, dass sich diese Akteure am EPD angeschlossen haben und Zugriffsrechte entsprechend erteilt wurden.

Elektronische Patientendossier

Das EPD verfolgt mehrere wichtige Ziele: Zum einen bietet es den Patienten, bei einem zertifizierten EPD-Anbieter, die Möglichkeit, Gesundheitsinformationen einzusehen und zu verwalten². Darüber hinaus soll es die Qualität der klinischen Versorgung steigern, indem es eine umfassendere Informationsbasis für Diagnosen und individuell abgestimmte Behandlungen bietet. Gleichzeitig sollen Behandlungsabläufe effizienter gestaltet werden können, indem Doppeluntersuchungen vermieden und administrative Prozesse beschleunigt werden³. Ein zentrales Anliegen des EPD ist dabei die Erhöhung der Patientensicherheit. Durch den direkten Zugriff auf aktuelle und verfügbare klinische Informationen sollen Risiken, wie Wechselwirkungen von Medikamenten oder allergische Reaktionen, frühzeitig erkannt und vermieden werden.

Die Spitäler, Spezialkliniken, Geburtshäuser und Pflegeheime wurden mit der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 19. Juni 2015 der

¹ <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-102624.html>

² <https://www.patientendossier.ch/privatpersonen/epd-vorteile/verfuegbarkeit>

³ <https://www.patientendossier.ch/privatpersonen/epd-vorteile/behandlung>

Gesetzgebung Elektronisches Patientendossier (EPDG) in der Schweiz gesetzlich verpflichtet⁴, das EPD in ihre täglichen Abläufe zu integrieren. Diese Verpflichtung soll sicherstellen, dass ein Grossteil der stationären Gesundheitsinstitutionen bereits das EPD nutzt. Stand August 2024 haben etwa 82% der Spitäler und 57% der Pflegeheime⁵ diese Vorgabe umgesetzt, während andere noch daran arbeiten, die notwendigen technischen und organisatorischen Anpassungen vorzunehmen. Ab dem 01.01.2022 gehören auch neu zugelassene Ärztinnen und Ärzte dazu und müssen sich gemäss KVG einer Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft anschliessen, um eine Zulassung zu erhalten (Art. 37 Abs. 3 KVG)⁶. Im Rahmen der umfassenden Revision des Bundesgesetzes über das EPD vom 19. Juni 2015 (EPDG, SR 816.1)⁷ ist vorgesehen, dass weitere Gesundheitsfachpersonen gesetzlich verpflichtet werden sollen, sich an eine Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft anzuschliessen. Ebenfalls werden alle Personen, die in der Schweiz wohnen und definierte Voraussetzungen erfüllen, automatisch und kostenlos ein EPD erhalten, können aber einen Widerspruch gegen die automatische Eröffnung eines EPD («Opt-Out») einlegen^{8,9}.

Langfristig soll das EPD einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, die Effizienz des gesamten Gesundheitssystems zu steigern, indem es Transparenz schafft und eine nahtlose und patientenzentrierte Versorgung unterstützt¹⁰.

Behandlungsrelevante Informationen können im Arbeitsalltag einer Gesundheitsfachperson eine Vielzahl von Informationen umfassen, die im Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung sind. Die Botschaft zum EPDG von 2013¹¹ hält dazu fest, dass es sich hierbei um diejenigen Informationen handelt, die für die Weiterführung der Behandlung durch andere Gesundheitsfachpersonen von Bedeutung sind. Dazu gehören beispielsweise klinische Befunde, Diagnosen, Therapieverläufe und Medikationspläne, die für die kontinuierliche Versorgung von Patienten entscheidend sind. Das EPD erfasst nicht nur klinische Fachinformationen, sondern ermöglicht auch den Patienten, eigene Informationen wie die Willenserklärung zur Organspende oder eine Patientenverfügung im EPD zu hinterlegen (Art. 8 Abs. 2 EPDG)¹². Gesundheitsfachpersonen sind zudem verpflichtet, behandlungsrelevante Informationen im EPD zu hinterlegen (Art. 3 Abs. 2 EPDG).

Behandlungsrelevante
Informationen

Das EPDG und die dazugehörigen Verordnungen definieren den Begriff „behandlungsrelevant“ nicht, um den Gesundheitsfachpersonen den nötigen Interpretations- oder Beurteilungsspielraum im Hinblick auf die zu erfassenden Informationen zu lassen. Um hierbei einen Wegweiser zu bieten, hat eHealth Suisse 2019 eine Umsetzungshilfe veröffentlicht¹³. Diese dient als

⁴ [AS 2017 2201 - Bundesgesetz über das elektronisc... | Fedlex](#)

⁵ <https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/89858.pdf>

⁶ https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de#art_37

⁷ https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/203/de#sec_1

⁸ [Bundesrat stellt Weichen für die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers](#)

⁹ https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de

¹⁰ <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-102624.html>

¹¹ [BBl 2013 5321](#)

¹² <https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/2017/203/20220101/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-2017-203-20220101-de-pdf-a-1.pdf>

¹³ https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Umsetzungshilfe_Behandlungsrelevante_Informationen.pdf

Orientierung und gibt praktische Empfehlungen, wie mit den verschiedenen Informationen im Rahmen des EPD umgegangen werden sollte¹⁴. Dennoch entstehen aufgrund der fehlenden Definition in der Praxis oft Unsicherheiten. Dies führt zu inkonsistenten Handhabungen, sowie unvollständigen oder doppelten Einträgen, welche die Übersichtlichkeit und die effektive Nutzung des EPD erschweren. Um diese Herausforderungen zu bewältigen, bietet die Umsetzungshilfe von eHealth Suisse konkrete Anleitungen zur Erfassung und Strukturierung der Informationen¹⁵.

In anderen Ländern wie Liechtenstein¹⁶ und Österreich¹⁷ existieren bereits festgelegte Standards oder Empfehlungen, welche Informationen in das elektronische Patientendossier abgelegt werden sollen. Darunter zählen zum Beispiel der Arztbericht, die Laborbefunde oder die Medikationsinformation. Um die flächendeckende und effiziente Nutzung des EPD in der Schweiz zu fördern, wird mit diesem Bericht eine Orientierungshilfe vorgeschlagen, siehe Anhang 2 Orientierungshilfe für Gesundheitsfachpersonen, die sich an einem „Minimalen Datensatz“ orientiert. Dieses soll als Richtlinie dienen, welche Informationen im EPD abgelegt werden sollen.

1.2 Auftrag

Im Ergebnisbericht der Vernehmlassung vom 28. Juni bis 19. Oktober 2023 über die Revision des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier¹⁸, wurde deutlich, dass sich eine Mehrheit der Rückmeldungen eine klare und langfristige Definition von «behandlungsrelevanten Informationen» wünschen. Die bisher verfügbaren Hilfestellungen und Empfehlungen reichen nicht aus, um die Gesundheitsfachpersonen zu entlasten. Dies führt zu einem Mehraufwand und zu Unklarheiten, wodurch die Gefahr besteht, dass zu viele Dokumente in das EPD abgelegt werden und dadurch der Zugang zu behandlungsrelevanten Informationen erschwert wird.

Hintergrund, Initiator

Um diese Herausforderungen zu bewältigen, sollen «behandlungsrelevante Informationen» künftig mit den Begriffen „Critical Data Set“ und „Minimaler Datensatz“ gleichgesetzt und als Synonyme verwendet werden. Diese Informationen können, abhängig von der aktuellen und zukünftigen Verfügbarkeit der jeweiligen Austauschformate, sowohl in strukturierter als auch unstrukturierter Form erfasst werden. Das gilt, so lange bis weitere Austauschformate zur Umsetzung auf nationaler Ebene verabschiedet werden. Wird das Austauschformat in der Praxis umgesetzt, erübrigt sich die Empfehlung zur Dokumentenablage im Rahmen des Minimalen Datensatz, da die relevanten Informationen künftig über die definierten Datenelemente des Austauschformats bereitgestellt werden müssen.

¹⁴ https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Umsetzungshilfe_Behandlungsrelevante_Informationen.pdf

¹⁵ https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Umsetzungshilfe_Behandlungsrelevante_Informationen.pdf

¹⁶ <https://www.llv.li/de/unternehmen/branchen-berufe-verbaende/elektronisches-gesundheitsdossier/egd-pflichtige-dokumente>

¹⁷ https://www.gesundheit.gv.at/dam/jcr:b66b4c9d-f32a-452d-b85f-ab89b8c41cf0/Implementierung-sleitfaden_Entlassungsbrief_Aerztlich_2.06.2.pdf

¹⁸ https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/dl/proj/2022/97/cons_1/doc_10/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-dl-proj-2022-97-cons_1-doc_10-de-pdf-a.pdf

Das BAG mandatierte die interprofessionelle Arbeitsgruppe eHealth (IPAG eHealth) für die Konzipierung und Erstellung eines Minimalen Datensatzes bzw. die Erarbeitung von Empfehlungen, welche Informationen als behandlungsrelevant im EPD abgelegt werden sollen. Mit den Empfehlungen soll es ermöglicht werden, dass eine Gesundheitsfachperson bei entsprechender Ausführung davon ausgehen kann, einheitliche und relevante Informationen in das EPD abzulegen.

Als zusätzliche Unterstützung für Gesundheitsfachpersonen wurde im Rahmen dieses Auftrags auch eine konkrete Hilfestellung in Form eines Entscheidungsbaumes erarbeitet, welche sich im Anhang 2 Orientierungshilfe für Gesundheitsfachpersonen befindet.

Diese Empfehlungen konzentrieren sich ausschliesslich auf die Dokumentation von Gesundheitsfachpersonen im EPD, da dies in ihrem Arbeitsalltag der initiale Schritt für eine erfolgreiche Nutzung des EPD in der entgegengesetzten Dokumentationsrichtung darstellt. Das bedeutet, der Prozess, wie Gesundheitsfachpersonen relevante Informationen in das EPD ablegen, wird betrachtet. Der Schwerpunkt liegt auf der Frage, welche Informationen als behandlungsrelevant eingestuft und entsprechend erfasst werden, sowie auf Richtlinien, die den Zeitpunkt und die Form der Datenerfassung regeln. Nicht betrachtet werden die Persistenz, die Verwendung oder die Strukturierung behandlungsrelevanter Informationen.

Die Gesundheitsfachpersonen sind dafür verantwortlich, die für die Versorgung notwendigen Informationen im EPD abzulegen. Die weitere Verwaltung dieser Informationen, einschliesslich der Freigabe und Sichtbarkeit für andere Gesundheitsfachpersonen, liegt nach Art. 9 EPDG jedoch ausschliesslich bei den Patienten. Sie entscheiden selbst, welche Dokumente mit welchen Gesundheitsfachpersonen geteilt werden. Ausnahmen davon können sich im Einzelfall für bestimmte Dokumente ergeben, wenn die Inhalte für den Notfallzugriff freigegeben wurden (vgl. Art. 9 Abs. 5, Satz 1 EPDG)¹⁹. Gesundheitsfachpersonen haben keine Kontrolle über Dokumente, die von anderen Gesundheitsfachpersonen erstellt und erfasst oder von den Patienten in das EPD abgelegt wurden.

Der Bericht konzentriert sich ausschliesslich auf klinische Daten, wenn von behandlungsrelevanten Informationen die Rede ist. Klinische Informationen sind jene Informationen, die direkt mit der ambulanten und stationären Versorgung und Behandlung eines Patienten zusammenhängen, wie zum Beispiel Diagnosen, Laborbefunde, Medikationen oder Befunde aus bildgebenden Verfahren.

Administrative Informationen hingegen, wie etwa Abrechnungsdokumente, sind nicht Teil der behandlungsrelevanten Informationen. Sie dienen primär organisatorischen und verwaltungstechnischen Zwecken.

Die Definition der behandlungsrelevanten Informationen und die Umsetzung des Auftrags werden von der Interprofessionellen Arbeitsgemeinschaft eHealth (IPAG eHealth) erarbeitet. Die IPAG eHealth setzt sich aus Expertinnen und Experten aus folgenden Verbänden zusammen²⁰:

- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

Verantwortungsbereich der Gesundheitsfachpersonen in der Dokumentationsrichtung

Klinische behandlungsrelevante Informationen (für die ambulante und stationäre Versorgung)

Arbeitsgruppen

¹⁹ https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/203/de#art_9

²⁰ <https://www.ipag-ehealth.ch/>

- Schweizer Apothekerverband (pharmaSuisse)
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI)
- Verband der Schweizer Chiropraktorinnen und Chiropraktoren (ChiroSuisse)
- Schweizer Physiotherapie Verband (PhysioSwiss)
- Ergotherapie-Verband Schweiz (EVS)
- Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP)
- Schweizer Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE-ASDD)
- Schweizerischer Hebammenverband (SHV)
- Schweizerische Zahnärztesgesellschaft (SSO)

Um den komplexen Anforderungen gerecht zu werden, wurden drei spezialisierte Arbeitsgruppen gebildet, die sich jeweils auf spezifische Themenbereiche konzentrierten.

Die erste Arbeitsgruppe führte hierzu eine umfassende Auslegeordnung durch und prüfte, was möglicherweise bereits in anderen Bereichen oder international umgesetzt wurde. Die Arbeitsgruppe identifizierte die relevanten Dokumente und deren Metadaten, und entwickelte einen Entscheidungsbaum als grafische Unterstützung gemäss Anhang 2 Orientierungshilfe für Gesundheitsfachpersonen.

Die zweite Arbeitsgruppe arbeitete eng mit verschiedenen Gesundheitsfachpersonen aus dem Gesundheitswesen zusammen, die ihre praktischen Anwendungsbeispiele vorstellten. Diese realen Beispiele zeigten, wie die definierten behandlungsrelevanten Informationen im klinischen Alltag tatsächlich verwendet werden und helfen, praxisnahe Lösungen zu entwickeln.

Die dritte Arbeitsgruppe setzte sich mit den rechtlichen Rahmenbedingungen auseinander, indem sie die Inhalte dieses Berichts daraufhin überprüfte, ob sie mit den bestehenden Gesetzen und Verordnungen konform sind. Ziel war es, dass die erarbeiteten Empfehlungen rechtlich korrekt sind und so die Implementierung im Gesundheitswesen unterstützt werden kann.

Als Grundlage für den Auftrag hatte die erste Arbeitsgruppe die bereits veröffentlichte Hilfestellung von eHealth Suisse „Behandlungsrelevante Informationen“²¹ für Gesundheitsfachpersonen herangezogen. Diese Hilfestellung bot eine Orientierung und bildete die Basis für die weitere Arbeit in der Arbeitsgruppe. Zusätzlich wurden weitere wichtige Dokumente in die Arbeit einbezogen, darunter das von Curaviva veröffentlichte Faktenblatt²² (Faktenblatt für Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf), sowie die Stellungnahme der FMH²³ zum EPD, welche die Perspektive der Ärzteschaft reflektiert.

Auftragsrelevante Arbeitsmaterial

Zusätzliche Hilfestellung wurden durch Anwendungsbeispiele aus der ständigen Arbeitsgruppe der IPAG eHealth geliefert. Die erarbeiteten Empfehlungen für die Definition von behandlungsrelevanten Informationen decken ca.

²¹ https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Umsetzungshilfe_Behandlungsrelevante_Informationen.pdf

²² https://www.curaviva.ch/files/3CTV99G/behandlungsrelevante_daten_epd_faktenblatt_curaviva_in-sos_2022.pdf

²³ <https://www.fmh.ch/files/pdf29/epd-die-position-der-fmh-de.pdf>

80% der Anwendungsbeispiele im Minimalen Datensatz ab. Die Anwendungsbeispiele werden diesem Bericht getrennt in einer Tabelle beigelegt, sind jedoch integraler Bestandteil des Berichts.

Die Arbeitsmaterialien dienten als wertvolle Orientierungspunkte, um eine fundierte und praxisnahe Definition der behandlungsrelevanten Informationen zu entwickeln. Durch die Berücksichtigung dieser verschiedenen Quellen konnte die Arbeitsgruppe sicherstellen, dass die entwickelten Kriterien sowohl theoretisch fundiert als auch praktisch anwendbar sind. Ziel war es, eine klare und einheitliche Definition eines Minimalen Datensatzes zu schaffen, die eine verlässliche Grundlage für die Nutzung des EPDs im klinischen Alltag bietet.

Den Gesundheitsfachpersonen soll vorliegend eine aktualisierte Hilfestellung zur Verfügung gestellt werden, die ihnen als Orientierungshilfe dient, um die richtige Auswahl und Erfassung von Dokumenten im EPD zu unterstützen. Sowohl für Patienten als auch für die Gesundheitsfachpersonen sollen die notwendigen Daten in der korrekten Form und in angemessener Menge im EPD verfügbar sein. Der entsprechende Entscheidungsbaum ist im Anhang 2 Orientierungshilfe für Gesundheitsfachpersonen abgebildet.

Wegweisung für Gesundheitsfachpersonen in Form einer publizierten Hilfestellung

1.3 Angrenzende Themen

Austauschformate spielen eine entscheidende Rolle für den nahtlosen Datenaustausch zwischen den IT-Systemen von Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen. Sie basieren auf spezifischen technischen, syntaktischen und semantischen Standards, die in den Informationssystemen umgesetzt werden müssen. Diese Standards stellen sicher, dass unterschiedliche Systeme reibungslos miteinander kommunizieren und Datenelemente in einer Form austauschen können, die für alle Beteiligten verständlich und nutzbar ist.

Austauschformate
eHealth Suisse Masterplan

Bevor ein Austauschformat veröffentlicht wird, muss ein umfassendes Konzept für dessen Inhalt sowie die Ende-zu-Ende-Nutzung entwickelt werden. Dieses Konzept wird auf Basis des Konsensus der beteiligten Interessengruppen erarbeitet, damit es den Anforderungen aller Akteure gerecht wird. Anschliessend wird das Konzept in einer technischen Spezifikation festgehalten, die das eigentliche Austauschformat definiert. Diese Spezifikation legt genau fest, welche Datenfelder verpflichtend sind, welche Inhalte generell zulässig sind und ob für bestimmte Felder Freitext oder vordefinierte Inhalte vorgesehen sind. Dadurch werden die Daten einheitlich und präzise erfasst und verarbeitet.

Ein Beispiel für ein international relevantes Austauschformat ist das International Patient Summary (IPS)²⁴. Das IPS basiert auf internationalen Standards wie HL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) und CEN (European Committee for Standardization) und wurde mit dem Ziel entwickelt, eine standardisierte, grenzüberschreitend verfügbare Zusammenfassung klinischer Informationen bereitzustellen. Der Fokus liegt auf einem minimalen, aber kritischen, Datensatz, der Notfallsituationen und Routinebehandlungen abdeckt. Zu den im IPS abgebildeten Inhalten zählen unter anderem Diagnosen, Medikamente, Allergien und Unverträglichkeiten,

²⁴ <https://international-patient-summary.net/>

Impfungen, Prozeduren und Eingriffe, Befunde, Implantate sowie Sozial- und Familienanamnese. Ziel ist es, dass Gesundheitsfachpersonen weltweit rasch auf relevante Gesundheitsinformationen zugreifen können.

Behandlungsrelevante Informationen und Austauschformate sind zwei sich ergänzende Konzepte innerhalb der Dokumentation im EPD.

Behandlungsrelevante Informationen beziehen sich auf den Inhalt und Kontext einer konkreten, aktuellen klinischen Behandlung, sie umfassen jene Informationen, die für die unmittelbare Versorgung einer Patientin oder eines Patienten entscheiden sind.

Austauschformate hingegen definieren die strukturierte technische Form, in der solche Informationen dokumentiert, übermittelt und interoperabel verfügbar gemacht werden. Sie enthalten dabei ebenfalls behandlungsrelevante Inhalte.

Zu den aktuell verfügbaren Austauschformaten²⁵ zählen die gesetzlich verankerten Formate der eMedikation, eImpfung und eAllergien und Intoleranzen. Die Austauschformate eLaborbefund, eLaborbericht, der Schweizer Internationale Patienten Summary, eImpfung, eMedikation, AllergyIntolerance, eAustrittsbericht, eRadiologieauftrag und der eSchwangerschaftspass sind bereits auf fhir.ch veröffentlicht und werden in weiteren Schritten in der Verordnung verankert.²⁶ Zukünftige Austauschformate, wie das eGesundheitsheft für Kinder, der eSchwangerschaftspass und der eNotfallpass, sollen den strukturierten Datenaustausch weiter fördern.

Ein zentraler Bestandteil der Entwicklung und Einführung dieser Austauschformate ist der "Masterplan Spezifikationen von eHealth Suisse"²⁷, der angibt, wann die Spezifikationen eines Projekts von eHealth Suisse veröffentlicht und für die Praxis bereitgestellt²⁸ und über die Jahre weiterentwickelt werden. Die Verankerung eines Formates in der Verordnung ist ein wichtiger Schritt in der Förderung der Umsetzung im Gesundheitswesen. Nach der gesetzlichen Verankerung kann die Implementierung eines Austauschformats auf EPD-Plattformen bis zu 12 Monate dauern²⁹. Neben der Entwicklung und Einführung der Austauschformate ist die Weiterentwicklung dieser auch sehr zentral. Weitere Informationen zu den Austauschformaten sind im Factsheet zur «Nutzung von Austauschformaten im EPD» ersichtlich³⁰.

Die Tiefenintegration eines Informationssystems spielt eine zentrale Rolle bei der Ablage von behandlungsrelevanten Informationen in das EPD. Sie bezeichnet die nahtlose Einbindung des EPD in bestehende Informationssysteme (z.B. PIS, KIS und POS), sodass behandlungsrelevante Informationen automatisch ohne zusätzlichen Aufwand für die Gesundheitsfachpersonen im EPD abgelegt und abgerufen werden können.

Tiefenintegration

Es gilt zu beachten, dass eine tiefere Integration den administrativen Aufwand für Gesundheitsfachpersonen reduziert und somit die Akzeptanz für das Ablegen von behandlungsrelevanten Informationen fördert.

²⁵ <https://www.e-health-suisse.ch/semantik/datenaustausch/epd-relevante-austauschformate>

²⁶ <https://www.e-health-suisse.ch/semantik/datenaustausch/austauschformate>

²⁷ [Austauschformate - einheitliche Daten-Kommunikation](#)

²⁸ <https://www.e-health-suisse.ch/koordination/elektronisches-patientendossier/betrieb-weiterentwicklung>

²⁹ <https://www.e-health-suisse.ch/semantik/datenaustausch/austauschformate>

³⁰ <https://www.e-health-suisse.ch/koordination/informationen/factsheet>

1.4 Haftung der Gesundheitsfachpersonen

Das EPDG enthält keine speziellen Haftungsregelungen für den Umgang mit dem EPD. Die Haftung der Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit dem EPD basiert somit auf den allgemeinen Haftungs- und Sorgfaltsregeln (vgl. Art. 1 Abs. 4 EPDG).

Der Umgang mit behandlungsrelevanten Informationen erfordert eine sorgfältige Abwägung zwischen der Verfügbarkeit notwendiger klinischer Informationen und den Anforderungen des Datenschutzes. Patienten haben umfassende Rechte zur Kontrolle ihrer Informationen im EPD. Sie entscheiden grundsätzlich, welche Informationen erfasst und wem diese zugänglich gemacht werden. Darüber hinaus können sie jederzeit die Nutzungsrechte des EPDs anpassen und die Zugriffsrechte für einzelne Gesundheitsfachpersonen gezielt steuern.

Haftung der Gesundheitsfachpersonen

2 Verdeutlichung der behandlungsrelevanten Informationen

2.1 Auslegeordnung mit bestehenden Empfehlungen

Der Begriff «behandlungsrelevante Daten» ist nicht definiert, was laut einem von der FMH in Auftrag gegebenen Rechtsgutachten bewusst vom Parlament so gewählt wurde³¹. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass der Umfang dieser Informationen nur im Einzelfall auf Basis einer klinischen Beurteilung bestimmt werden kann. Es handelt sich um Informationen, die für die gegenwärtige sowie zukünftige Behandlung eines Patienten, insbesondere in Notfällen, und auch für die eigenen Unterlagen der Patienten wichtig sein können. Sie hängt damit vom Empfänger und der konkreten künftigen Behandlungssituation ab. Eine abschliessende Liste der behandlungsrelevanten Informationen lässt sich daher nicht festlegen.

Die IPAG eHealth hebt hervor, dass Diagnosen und Medikamentenlisten essenzielle Informationen im EPD sind und empfiehlt, dass Gesundheitsfachpersonen diese aufgrund der limitierten Zeitressourcen im klinischen Alltag als behandlungsrelevant einstufen und entsprechend im EPD erfassen³². Es wird betont, dass der Begriff «behandlungsrelevante Informationen» anstelle von «behandlungsrelevante Daten» bevorzugt wird, da er eher zusammenhängende Datenabschnitte wie zum Beispiel einen gesamten Austrittsbericht umfasst. Ebenfalls könnte Daten missverstanden werden und fälschlicherweise auf einzelne Datenfelder, wie einen einzelnen Blutdruckwert, reduziert werden. Zudem verändern sich die relevanten Informationen je nach Zeitpunkt, Kontext und individuellem Fall.

Um dieser Problematik zu begegnen, schlägt die IPAG eHealth vor, dass klinische Gesundheitsfachpersonen im Einzelfall und kontextabhängig zusätzliche Dokumente als behandlungsrelevant einstufen und in das EPD ablegen (vgl. Einschätzung zur Haftung unter Kapitel 1.4 Haftung der Gesundheitsfachpersonen). So wird sichergestellt, dass das EPD tatsächlich die

Position der IPAG eHealth (Basierend auf den Empfehlungen der FMH)

³¹ <https://www.fmh.ch/files/pdf25/gutachten-zu-fragen-im-zusammenhang-mit-dem-elektronischen-patientendossier-v1.pdf>

³² <https://www.fmh.ch/files/pdf29/epd-die-position-der-fmh-de.pdf>

wichtigen und notwendigen Informationen enthält, ohne dass überflüssige oder irreführende Informationen erfasst werden.

Basierend auf den Erfahrungen und Rückmeldungen der involvierten Stammgemeinschaften hat eHealth Suisse, neben einem Entscheidbaum für Gesundheitsfachpersonen, die folgenden Empfehlungen für das Ablegen von Dokumenten im EPD erarbeitet³³:

Empfehlungen eHealth Suisse

- **Informationen zur Medikation** (z.B. Austrittsmedikamente, Medikationsliste): Wichtig für die Übersicht über die aktuelle Medikation.
- **Berichte** (z.B. Austritts- und Überweisungsberichte, Operationsberichte, Konsiliarberichte): Dokumentation wichtiger klinischer Ereignisse.
- **Diagnoseliste**: Übersicht über alle relevanten Diagnosen des Patienten.
- **Anamnesen** (z.B. Familien- oder Sozialanamnese): Vorgeschichte des Patienten, die für die Behandlung relevant ist.
- **Befunde** (z.B. Untersuchungen, Labor, Radiologie inkl. Bilder): Ergebnisse von Untersuchungen und bildgebenden Verfahren.
- **Assessments** (z.B. Leistungsmessung, Beurteilungen): Bewertung des Gesundheitszustands des Patienten.
- **Informationen zu Allergien und Impfungen**: Essenziell für die Patientensicherheit.
- **Verordnungen** (z.B. Physiotherapie, Bedarfsmeldung Spitex): Anweisungen für therapeutische Massnahmen.

Diese Empfehlungen wurden bis dato umgesetzt, jedoch gibt es, gemäss Auftrag, in der Praxis Probleme bei der Interpretation, was dazu führt, dass häufig zu viele Dokumente in das EPD hochgeladen werden. Um dem entgegenzuwirken, sollte der Fokus künftig verstärkt auf einen "minimalen Datensatz" gelegt werden, der klar definiert, welche Informationen wirklich notwendig und relevant sind.

Der nationale Branchenverband der Dienstleister für Menschen im Alter orientiert sich bei seinen Empfehlungen für behandlungsrelevante Informationen ebenfalls an der veröffentlichten Hilfestellung von eHealth Suisse. Im Wesentlichen passt der Verband diese Hilfestellung an die spezifischen Bedürfnisse seiner Mitglieder an. Dabei werden folgende Informationen als relevant hervorgehoben³⁴:

Empfehlung CURAVIVA

- **Pflegerische und ärztliche Berichte** (z.B. Austritts- und Überweisungsberichte, Operationsberichte, Konsiliarberichte): Wichtige Dokumente, die den Verlauf und die Ergebnisse von Behandlungen festhalten.
- **Anamnesen** (z.B. Familien- oder Sozialanamnese): Informationen zur Vorgeschichte des Patienten, die für die Betreuung wichtig sind.
- **Medikationsliste**: Übersicht über die verordneten Medikamente, die für die kontinuierliche Pflege und Behandlung entscheidend ist.
- **Diagnoseliste** (auch möglich als Teil des Verlegungsberichtes): Zusammenfassung der Diagnosen, die den aktuellen

³³ https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Factsheet_behandlungsrelevante_Informationen.pdf

³⁴ https://www.curaviva.ch/files/3CTV99G/behandlungsrelevante_daten_epd_faktenblatt_curaviva_in-sos_2022.pdf

Gesundheitszustand des Patienten beschreibt.

- **Informationen zu Allergien/Noxen und Impfungen:** Essenzielle Daten, die zur Sicherheit des Patienten beitragen.

Situationsangepasst werden zusätzlich folgende Informationen von CURAVIVA empfohlen:

- **Verordnungen** (z.B. Physiotherapie, Bedarfsmeldung Spitex): Anweisungen für therapeutische Massnahmen, die individuell auf den Patienten abgestimmt sind.
- **Befunde** (z.B. Untersuchungen, Labor, Radiologie inkl. Bilder): Ergebnisse von klinischen Tests und bildgebenden Verfahren.
- **Assessments** (z.B. Leistungsmessung, Beurteilungen): Beurteilungen des Gesundheitszustands, die für die Pflegeplanung relevant sind.

Diese Empfehlungen wurden von CURAVIVA umgesetzt, jedoch zeigt die Praxis, dass auch hier Interpretationsprobleme auftreten, die dazu führen, dass oftmals zu viele Dokumente in das EPD hochgeladen werden.

Berücksichtigt man die Stellungnahme³⁵ der verschiedenen Stammgemeinschaften, aber auch von den Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern, Pflegefachpersonen, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Hebammen, wird deutlich, dass unterschiedliche Dokumente je nach Fachgruppe verschieden gewichtet werden. Dennoch gibt es einige Dokumente, die aufgrund ihres ähnlichen Inhalts übergreifend als besonders wichtig erachtet und daher priorisiert werden sollten. Diese priorisierten Informationen sind entscheidend für eine umfassende und konsistente Versorgung der Patienten und sollten daher im EPD bevorzugt erfasst werden:

Priorisierung gemäss
Bedarfsanalyse von
eHealth Suisse

Medikation

- **Medikamentenliste:** Die vollständige Erfassung aller aktuellen und relevanten Medikamente ist unerlässlich (abgegeben oder verschrieben), um Wechselwirkungen zu vermeiden und die Therapieplanung zu unterstützen.

Berichte

- **Austrittsbericht (ärztlich):** Dieser Bericht fasst die wichtigsten Informationen nach einem ambulanten Ereignis (mit Hospitalisierung und Kurz-Episoden) zusammen und ist entscheidend für die Weiterbehandlung.
- **Konsultationsbericht:** Dokumentiert wichtige Erkenntnisse und Entscheidungen, die im Rahmen einer ambulanten Konsultation getroffen wurden, und unterstützt die fortlaufende Betreuung.
- **Operationsbericht:** Enthält detaillierte Informationen über durchgeführte Eingriffe und ist für die postoperative Nachsorge von grosser Bedeutung.

Befunde

- **Laborbefund:** Diese Befunde liefern essenzielle Informationen zur Diagnose und Therapieüberwachung und sind oft entscheidend für

³⁵ https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Umsetzungshilfe_Behandlungsrelevante_Informationen.pdf

die weitere Behandlung.

- **Radiologiebefund:** Befunde aus bildgebenden Verfahren bieten wichtige visuelle Informationen, die Diagnosen absichern und die Behandlungsplanung beeinflussen.

Verordnungen

- **Physiotherapie:** Physiotherapeutische Verordnungen sind wichtig für die Rehabilitation und langfristige Therapieplanung.

Allergien/Unverträglichkeiten: Diese Informationen sind für die Patientensicherheit von höchster Relevanz, da sie das Risiko schwerwiegender allergischer Reaktionen minimieren.

Impfungen: Diese Dokumente enthalten Informationen über den Impfstatus und sind insbesondere für die Prävention von Infektionskrankheiten von Bedeutung.

2.2 Internationale Vorgaben und Empfehlungen

Für die internationale Auslegeordnung wurden die Länder England, Estland, Österreich und Liechtenstein ausgewählt, da diese spezifische und detaillierte Empfehlungen und Vorgaben für behandlungsrelevante Informationen entwickelt haben. Diese Länder haben klare Richtlinien und Standards etabliert, die festlegen, welche Informationen als behandlungsrelevant betrachtet und in das EPD integriert werden sollten. Bei der Auswahl dieser Länder wurde jedoch auch berücksichtigt, dass sich die grundlegenden Strukturen der jeweiligen Gesundheitssysteme erheblich vom Schweizer System unterscheiden.

Internationaler Vergleich

So wird beispielsweise im Vereinigten Königreich die Erfassung und Dokumentation von Patientendaten durch die nationalen Gesundheitsrichtlinien stark reguliert^{36,37}, und die Vergütung von Gesundheitsfachpersonen ist zwar nicht direkt, aber mittelbar an die Einhaltung von Dokumentationsstandards geknüpft: Im Rahmen des NHS Payment Scheme hängt die Finanzierung der Leistungserbringer von der nachweislich erbrachten Aktivität und Versorgungsqualität ab, wofür eine strukturierte und vollständige Dokumentation Voraussetzung ist^{38,39}. Solche Rahmenbedingungen beeinflussen die Erhebung und Verwaltung von behandlungsrelevanten Informationen auf systemischer Ebene.

Dennoch bieten die Best Practices dieser Länder, wertvolle Orientierungspunkte, um vergleichbare Standards und Richtlinien für die Erfassung und Nutzung von behandlungsrelevanten Informationen im schweizerischen Gesundheitssystem zu entwickeln. Die Analyse dieser internationalen Modelle soll sicherstellen, dass die in der Schweiz etablierten Standards sowohl die nationalen Anforderungen erfüllen als auch international anschlussfähig bleiben. Ziel ist es, bewährte Verfahren zu identifizieren und weiterzuentwickeln, um eine effiziente Nutzung des EPD zu ermöglichen.

³⁶ <https://www.england.nhs.uk/long-read/purpose-of-the-gp-electronic-health-record/>

³⁷ <https://transform.england.nhs.uk/information-governance/guidance/records-management-code/records-management-code-of-practice>

³⁸ <https://www.england.nhs.uk/pay-syst/nhs-payment-scheme/>

³⁹ <https://www.england.nhs.uk/long-read/25-26-nhsps-nhs-provider-payment-mechanisms/>

In Liechtenstein gelten nach dem Gesetz über das elektronische Gesundheitsdossier vom 7. Mai 2021 (EGDG, LR 815.1) folgende Grundprinzipien für den Umgang mit dem elektronischen Gesundheitsdossier (eGD)⁴⁰:

Liechtenstein

- **Verantwortung für das Ablegen:** Der Urheber oder Ersteller des Dokuments ist nach Art. 5 Abs. 1 EGDG stets verantwortlich für die Ablage in das eGD. Dies stellt sicher, dass die Informationen direkt von der Quelle kommen und deren Richtigkeit gewährleistet ist.
- **Keine Verpflichtung von Fremd-Ablage für nicht angebundene Gesundheitsfachpersonen:** Wenn eine Gesundheitsfachperson nicht an das eGD angebunden ist, ist keine andere Gesundheitsfachperson verpflichtet Dokumente im Namen dieses Anbieters abzuliegen.
- **Ausnahmen für reine KG-Einträge:** Einträge in die Krankengeschichte (wie Verlaufsberichte oder Kurznotizen) müssen nicht hochgeladen werden. Diese Informationen sind oft intern und nicht zwingend relevant für andere Gesundheitsfachpersonen. Beispiele aus Art. 5 Abs 2 im EGDG⁴¹
 - Zuweisungsbriefe und Arztberichte
 - Überweisungsbriefe und Austrittsberichte
 - Laborbefunde
 - Befunde der bildgebenden Diagnostik
- **Keine Ablage für Administrativdokumente:** Dokumente mit rein administrativem Charakter, wie Verordnungen, Arbeitsunfähigkeitszeugnisse, Berichte an Sozialversicherungen oder Korrespondenz mit Patienten, müssen ebenfalls nicht ins eGD abgelegt werden. Diese Informationen haben in der Regel keinen direkten Einfluss auf die klinische Behandlung durch andere Gesundheitsfachpersonen. Ebenfalls gilt zu beachten, dass die administrativen Daten gemäss Verordnung vom 6. Dezember 2022 über das eGD (EGDV, LR 815.11) durch das Amt für Gesundheit erfasst werden wie beispielsweise, Vor- und Nachname, Adresse, persönliche Identifikationsnummer. Das Amt für Gesundheit kann Dritte unter Beachtung der Datenschutzgesetzgebung mit der Bereitstellung administrativer Daten beauftragen⁴².
- **Abwägung bei Medikations- und Labordaten:** Bei Medikations- und Labordaten aus dem Praxislabor hängt die Ablage- oder Aktualisierungspflicht vom Mehrwert für den Patienten oder andere Gesundheitsfachpersonen ab. Diese Entscheidung basiert darauf, ob die Information tatsächlich einen zusätzlichen Nutzen bietet.

Im eGD in Liechtenstein sind folgende Dokumente als obligatorisch klassifiziert und müssen daher abgelegt werden⁴³:

⁴⁰ <https://www.llv.li/de/unternehmen/branchen-berufe-verbaende/elektronisches-gesundheitsdossier/egd-pflichtige-dokumente>

⁴¹ [https://www.gesetze.li/konso/2021213000#:~:text=Gesetz%20vom%207.,%C3%BCber%20das%20elektronische%20Gesundheitsdossier%20\(EGDG\)&text=1\)%20Dieses%20Gesetz%20regelt%20die,Gesundheitsdaten%20und%20genetischen%20Daten%20fest](https://www.gesetze.li/konso/2021213000#:~:text=Gesetz%20vom%207.,%C3%BCber%20das%20elektronische%20Gesundheitsdossier%20(EGDG)&text=1)%20Dieses%20Gesetz%20regelt%20die,Gesundheitsdaten%20und%20genetischen%20Daten%20fest)

⁴² https://www.gesetze.li/chrono/2022365000?search_text=Gesundheitsdossier&search_loc=text&lnnr=&lglid_von=&lglid_bis=

⁴³ Die nachfolgenden Informationen sind von der Liechtensteinischen Ärztekammer als originär und allgemeingültig klassifiziert.

- **Arztberichte und Austrittsberichte:** Diese Berichte enthalten klinischen Informationen, wie Diagnosen und Untersuchungsergebnisse, die für andere Gesundheitsfachpersonen potenziell hilfreich sind.
- **Zuweisungs- und Überweisungsbriefe:** Alle Anmeldungen an Dritte mit einem Behandlungsauftrag, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, sind obligatorisch hochzuladen.
- **Laborbefunde:** Alle Laborwerte / Analysen sind mit Augenmass hochzuladen. Leitgedanke soll sein, ob der Wert für eine andere Gesundheitsfachperson einen direkten Mehrwert hat.
- **Befunde der bildgebenden Diagnostik:** Befunde, die aus bildgebenden Untersuchungen wie Röntgen, Ultraschall, MRT/MRI oder CT stammen, müssen im eGD hinterlegt werden. Diese Dokumente sind entscheidend für die Weiterbehandlung und bieten wichtige diagnostische Informationen.
- **Medikationen:** Sowohl verschreibungspflichtige als auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente, ob selbstdispensiert oder rezeptiert, müssen im eGD dokumentiert werden.

Im eGD werden durch die Positivliste alle anderen Informationen als fakultativ eingestuft (Art. 5 Abs. 3 EGDG), darunter fallen zum Beispiel folgende Informationen:

- Arbeitsunfähigkeitszeugnis
- Berichte an Sozialversicherungsträger
- Verlaufsberichte
- Kurznotizen
- KG-Einträge
- Korrespondenz mit Patienten
- Diagnoselisten
- Vertreterscheine
- Anmeldung zum Röntgen, MRI, CT
- Verordnungen (z.B. Physiotherapie)
- Rezepte
- Chemotherapie-/Bestrahlungsplan
- Palliativplan
- Impfungen

Die im Vereinigten Königreich geführte Gesundheitsakte strebt nach einer vollständigen Aufzeichnung aller gesundheitlichen Interaktionen mit einem Patienten sowie der für sie oder ihn betreffenden Massnahmen. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf dem ambulanten Bereich, in dem die Konsultationen zwischen dem Patienten und dem Gesundheitsfachpersonal stattfinden. Ziel ist es, ein umfassendes und detailliertes Bild des Behandlungsverlaufs zu gewährleisten, dass alle relevanten Informationen abdeckt und eine nahtlose Kontinuität der Versorgung ermöglicht. Zu den erfassten Dokumenten und Tätigkeiten gehören unter anderem⁴⁴:

Vereinigtes Königreich

- **Befunde / Anamnesen:** Detaillierte Aufzeichnungen der klinischen

⁴⁴ <https://www.england.nhs.uk/long-read/purpose-of-the-gp-electronic-health-record/>

Vorgeschichte und Untersuchungsergebnisse, die eine Grundlage für Diagnosen und Behandlungspläne bilden.

- **Getroffene Entscheidungen:** Dokumentation von Entscheidungen, die während der Konsultation getroffen wurden, inklusive der beteiligten Personen, um Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.
- **Eingeleitete Massnahmen:** Auflistung der während der Konsultation eingeleiteten therapeutischen oder diagnostischen Massnahmen, um den Behandlungsverlauf klar nachzuvollziehen.
- **Informationsgehalt an den Patienten:** Erfassung der Informationen, die dem Patienten zur Verfügung gestellt wurden, um sicherzustellen, dass er umfassend über seine Gesundheit und die geplanten Schritte informiert ist.
- **Untersuchungen:** Aufzeichnungen aller durchgeführten Untersuchungen, die zur Diagnose und Behandlung beitragen.
- **Medikationsplan:** Detaillierte Übersicht der verordneten Medikamente, um eine korrekte und sichere Medikation sicherzustellen.
- **Behandlungen:** Dokumentation aller durchgeführten Behandlungen, um den Therapieverlauf zu verfolgen.
- **Art der Interaktion:** Angabe, ob die Interaktion telefonisch, persönlich oder auf anderem Wege stattfand, um die Art des Kontakts zu dokumentieren.
- **Name der Begleitperson:** Wenn eine Begleitperson anwesend war, wird deren Name festgehalten, um den Kontext der Konsultation vollständig zu erfassen.
- **Verweigerungen von Behandlungen, Medikamenten oder Massnahmen:** Festhalten, wenn der Patient bestimmte Behandlungen, Medikamente oder Massnahmen ablehnt, um dies im weiteren Behandlungsverlauf zu berücksichtigen.
- **Der Name der beratenden Fachkraft mit Datum und Uhrzeit des Eintrags:** Jede Beratung und der entsprechende Eintrag werden mit Namen, Datum und Uhrzeit versehen, um eine lückenlose Dokumentation und Verantwortlichkeit sicherzustellen.

Dieser umfassende Ansatz stellt sicher, dass alle relevanten Aspekte der Patientenversorgung sorgfältig dokumentiert werden, was eine bessere Nachverfolgbarkeit und eine konsistente Qualität der Gesundheitsversorgung ermöglicht. Allerdings zeigt die Breite der erfassten Informationen auch, dass dies zu einer erheblichen Menge an Dokumenten und Informationen führen kann.

In Estland wurden spezifische gesetzliche Artikel verankert, die die Verpflichtung zur Erfassung und zum Ablegen von Gesundheitsinformationen in das Estonian National Health Information System (ENHIS) regeln. Gemäss §2 Abs. 1, der Verordnung über den Dateninhalt der an das Gesundheitsinformationssystem weitergeleiteten Dokumente sowie die Bedingungen und Modalitäten

Estland

der Aufbewahrung dieser Dokumente^{45,47} vom 17. September 2008 (RTL 2008, 78, 1098)⁴⁶, müssen Informationen über die für den Patienten erbrachten Gesundheitsdienstleistungen sowie Informationen, die zum Zwecke der Verwaltung der Gesundheitsversorgung und der Führung gesetzlich vorgesehener Register erhoben werden, in das ENHIS abgelegt werden. Diese Datensammlung umfassen Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten und sollen eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen gewährleisten.

Gemäss §2 Abs. 2 obiger Verordnung sind die folgenden Dokumente, die im Zusammenhang mit den erbrachten Gesundheitsdienstleistungen für den Patienten erstellt werden, verpflichtend in das ENHIS hochzuladen:

- **Ambulanter Abschlussbericht:** Dieser Bericht dokumentiert den Abschluss einer ambulanten Behandlung und fasst die wichtigsten Informationen und Ergebnisse zusammen.
- **Stationärer Abschlussbericht:** Nach einer stationären Behandlung wird dieser Bericht erstellt, um den Verlauf und die Ergebnisse der Behandlung im Krankenhaus zu dokumentieren.
- **Arztbrief:** Ein Dokument, das die Patienten bzw. den Patienten zu einem klinischen Eingriff oder einem Termin bei einem anderen Arzt berechtigt, häufig zur Überweisung zu einem Spezialisten.
- **Antwort auf die Anfrage des Arztes:** Ein Schreiben, das ebenfalls den Patienten zu einem klinischen Eingriff oder einem Termin bei einem anderen Arzt berechtigt als Reaktion auf eine Anfrage.
- **Mitteilung über die Eröffnung eines ambulanten klinischen Falles:** Eine offizielle Mitteilung, die den Beginn einer ambulanten Behandlung dokumentiert.
- **Mitteilung über die Eröffnung eines stationären klinischen Falles:** Diese Mitteilung dokumentiert den Beginn einer stationären Behandlung und die damit verbundenen Umstände.
- **Mitteilung über die Schliessung eines ambulanten klinischen Falles:** Diese Dokumentation markiert das Ende einer ambulanten Behandlung.
- **Mitteilung über die Schliessung eines stationären klinischen Falles:** Analog zur ambulanten Schliessung dokumentiert dieses Schreiben das Ende einer stationären Behandlung.
- **Bescheid über die Beurteilung der Entwicklung:** Ein Dokument, das die Ergebnisse einer klinischen Beurteilung oder Entwicklungsuntersuchung enthält.
- **Impfbescheid:** Dokumentation einer durchgeführten Impfung.
- **Hinweis auf Nebenwirkungen der Impfung:** Informationen über eventuelle Nebenwirkungen, die nach einer Impfung beobachtet wurden.
- **Anzeige der ärztlichen Untersuchung:** Offizielle Mitteilung über die Durchführung einer klinischen Untersuchung.
- **Ankündigung der Beratung:** Dokumentation einer geplanten oder

⁴⁵ https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/laws_estonia_en_0.pdf

⁴⁶ <https://www.riigiteataja.ee/akt/13029628>

durchgeführten Beratung.

- **Wachstumsmeldung:** Informationen über die Wachstumsentwicklung des Patienten, oft relevant in der Kinder- und Jugendmedizin.

Gemäss § 3 der Verordnung sind die genauen Informationen, die in den oben genannten Dokumenten enthalten sein müssen, in den Anhängen der Verordnung detailliert aufgeführt. Diese Anhänge bieten eine präzise Anleitung, welche spezifischen Informationen verpflichtend erfasst und in das ENHIS hochgeladen werden müssen.

In Österreich werden im Kontext der behandlungsrelevanten Informationen folgende Dokumente in der Verbindlichkeit Zeile 96 besonders hervorgehoben⁴⁷:

Österreich

- **Entlassungsbrief (Ärztlich):** Dieser Bericht fasst die klinischen Behandlungen und Ergebnisse zusammen, die während eines Krankenhausaufenthalts durchgeführt wurden, und gibt Anweisungen für die weitere Behandlung nach der Entlassung.
- **Entlassungsbrief (Pflege):** Parallel zum ärztlichen Entlassungsbrief dokumentiert dieser Bericht die pflegerischen Massnahmen und den Pflegeverlauf während des Aufenthalts sowie Empfehlungen für die nachfolgende Pflege.
- **Pflegesituationsbericht :** Dieser Bericht bietet eine detaillierte Beschreibung der aktuellen Pflegesituation der Patienten, des Patienten und unterstützt die Kontinuität der Pflege über verschiedene Pflegeeinrichtungen hinweg.
- **Laborbefund:** Ergebnisse von Laboruntersuchungen, die zur Diagnose und Überwachung von Erkrankungen beitragen und wesentliche Informationen für die laufende Behandlung liefern.
- **Befund bildgebende Diagnostik:** Berichte aus bildgebenden Verfahren, wie Röntgen, MRT oder CT, die visuelle Einblicke in den Gesundheitszustand des Patienten bieten und eine wichtige Grundlage für Diagnosen und Behandlungsentscheidungen darstellen.
- **eMedikation:** Eine elektronische Aufzeichnung der aktuellen Medikation des Patienten, die sicherstellt, dass alle beteiligten Gesundheitsfachpersonen über die verordneten Medikamente informiert sind, um Wechselwirkungen zu vermeiden und die Behandlung zu optimieren.

Diese Dokumente wurden im Bundesgesetz betreffend Datensicherheitsmassnahmen bei der Verarbeitung elektronischer Gesundheitsinformationen und genetischer Daten (Gesundheitstelematikgesetz 2012 – GTelG 2012)⁴⁸ (vgl. § 13 Abs. 3 GTelG) und in der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit zur Implementierung und Weiterentwicklung von ELGA (ELGA-Verordnung 2015, ELGA-VO-2015)⁴⁹ definiert und bilden die Grundlage für die strukturierte Erfassung und Speicherung behandlungsrelevanter

⁴⁷ https://www.gesundheit.gv.at/dam/jcr:b66b4c9d-f32a-452d-b85f-ab89b8c41cf0/Implementierungsleitfaden_Entlassungsbrief_Aerztlich_2.06.2.pdf

⁴⁸ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008120>

⁴⁹ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009157>

2.3 Behandlungsrelevante Informationen

Behandlungsrelevante Informationen sind Informationen, die für die klinische Behandlung eines Patienten von entscheidender Bedeutung sind.

Begriffserklärung

Für den Patienten sind diese Daten von grosser Bedeutung, da sie ihr/ihm ein besseres Verständnis ihres oder seines Gesundheitszustands ermöglichen und Transparenz schaffen. Sie bieten ihr/ihm eine klare Übersicht über seine gesundheitliche Situation und unterstützen sie/ihn dabei, informierte Entscheidungen über ihre/seine Gesundheit nachzuvollziehen.

Durch den Zugang zu diesen Informationen kann der Patient aktiv in den Behandlungsprozess eingebunden werden und gemeinsam mit den Gesundheitsfachpersonen im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making) die bestmögliche Behandlung planen und koordinieren. Auf diese Weise tragen behandlungsrelevante Informationen nicht nur zur Sicherheit und Qualität der Versorgung bei, sondern fördern auch die Selbstbestimmung und das Vertrauen des Patienten in den klinischen Behandlungsprozess. Gleichzeitig kommt den Patienten beziehungsweise deren Stellvertretungen eine wichtige Mitwirkungspflicht zu: Indem sie den verantwortlichen Gesundheitsfachpersonen die erforderlichen Zugriffsrechte erteilen, leisten sie einen wesentlichen Beitrag zur möglichst hohen Verfügbarkeit der im EPD enthaltenen Informationen.

Für die Mitglieder der IPAG eHealth ist wichtig festzuhalten, dass das EPD als patientenorientiertes Ablagesystem konzipiert wurde und daher nicht als Gefäss für den Informationsaustausch zwischen Gesundheitsfachpersonen entwickelt wurde. Dies führt dazu, dass es nicht möglich ist, sicherzustellen, ob sämtliche für die Behandlung relevanten Informationen im EPD zum Zeitpunkt des Zugriffs tatsächlich vollständig vorliegen. Daraus ergeben sich Risiken für die Gesundheitsfachpersonen, da sie sich bei alleiniger Konsultation des EPD nicht mit der erforderlichen Sicherheit darauf verlassen können, über alle relevanten Informationen zu verfügen.

Die Limitationen sind in Kapitel 4 aufgeführt und bilden auch die wichtige Diskussion innerhalb der Mitgliederorganisationen der IPAG eHealth ab, welche im Rahmen der Erarbeitung des minimalen Datensatzes geführt wurden.

Behandlungsrelevante Informationen ermöglichen es dem Patienten, den eigenen Gesundheitszustand in Zusammenarbeit mit der beteiligten Gesundheitsfachperson besser nachvollziehen zu können. Diese Informationen sind wichtig, damit der Patient sowohl im aktuellen als auch im zukünftigen Behandlungsverlauf eine qualitativ hochwertige, wirksame und auf seine individuellen Bedürfnisse abgestimmte klinische Versorgung erhält, indem diese Befunde gezielt Gesundheitsfachpersonen zur Verfügung gestellt werden.

Begriffsdefinition

Abschliessend können Gesundheitsfachpersonen weitere Dokumente als behandlungsrelevante Informationen einstufen und im EPD ablegen, selbst wenn diese nicht Teil des Minimalen Datensatzes sind, da dies stark vom jeweiligen klinischen Kontext abhängt. Diese Entscheidung erfordert eine sorgfältige Abwägung im Einzelfall, basierend auf dem klinischen Fachwissen der beteiligten Gesundheitsfachperson. Dabei ist es wichtig, dass diese Entscheidung nicht pauschal, sondern individuell für jeden Patienten getroffen

Erweiterungen

wird, damit nur Informationen erfasst werden, die für die weitere Behandlung von Bedeutung sind.

Die Behandlungsrelevanz von Informationen ist dynamisch und kontextabhängig. Das heisst, welche Informationen für eine Behandlung wesentlich sind, hängt stark vom jeweiligen gesundheitlichen Problem, der konkreten Fragestellung und dem aktuellen Behandlungsverlauf ab. In diesem Bericht legt die IPAG eHealth den Fokus auf Dokumente, insbesondere PDFs, und nicht auf einzelne Datenelemente. Dabei ist zu beachten, dass ein gesetzlich verankertes Austauschformat Vorrang gegenüber den hier formulierten Empfehlungen hat. Der Begriff „behandlungsrelevant“ ist dabei nicht statisch, sondern unterliegt verschiedenen Faktoren:

Charakteristiken von behandlungsrelevanten Informationen

- **Zeitliche Relevanz:** Informationen, die heute von Bedeutung sind, können mit der Zeit an Relevanz verlieren. Einzelheiten einer klinischen Episode könnten aktuell wichtig sein, während später nur noch übergeordnete Informationen zählen.
- **Unvollständige und pendente Berichte:** Dokumente können Informationen enthalten, die noch nicht endgültig sind. Diese pendenten Informationen werden später durch definitive Berichte ersetzt. Ein regelmässiger Unterhalt und eine Überprüfung der behandlungsrelevanten Informationen sind daher erforderlich, um veraltete oder nicht mehr relevante Informationen zu entfernen.
- **Kontextsensitive Relevanz:** Die Relevanz bestimmter Informationen variiert je nach Fachbereich und Empfänger. Beispielsweise sind detaillierte Informationen zu einer Allergie für einen Immunologen essenziell, während für einen Hausarzt oft eine allgemeine Übersicht genügt.
- **Praktikabilität und Mehrfachverwendung:** Informationen, die in verschiedenen Kontexten mehrfach genutzt werden können, gelten als besonders relevant. Andere Informationen können bei Bedarf nachgefordert werden.
- **Prozessorientierung und Metadaten:** Pendente Berichte sollten zügig hochgeladen werden, wobei sie für nachfolgende Gesundheitsfachpersonen nicht immer verlässlich sind. Hier könnte eine Metadaten-Markierung für pendent oder nicht final unterzeichnete Berichte hilfreich sein, um den Status der Dokumente zu kennzeichnen.

Letztlich bezeichnet der Begriff «behandlungsrelevant» im Kontext des Dokumentenaustauschs in erster Linie Informationen, die zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patienten ausgetauscht werden. Dies reflektiert die konzeptionelle Ausgestaltung des EPD als patientenorientiertes Ablagesystem, welches in erster Linie den Patienten dabei unterstützt, relevante Informationen im eigenen Dossier zu verwalten und den berechtigten Gesundheitsfachpersonen gezielt zugänglich zu machen.

Es handelt es sich um eine geteilte Verantwortung zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patienten, wobei die Gesundheitsfachpersonen behandlungsrelevante Informationen im EPD ablegen und die Patienten über die Vergabe von Zugriffsrechten entscheiden.

3. Behandlungsrelevante Informationen Schweiz

3.1 Empfehlung der behandlungsrelevanten Informationen für die Schweiz

Die Empfehlungen zum Minimalen Datensatz differenzieren zwischen Informationen mit potenzieller Behandlungsrelevanz, solche ohne empfohlene Ablage im EPD sowie den aktuellen Rahmenbedingungen des EPD. Zusätzlich werden jene Informationen aufgeführt, welche eine potenzielle Behandlungsrelevanz vorweisen können und somit im Einzelfall in das EPD abgelegt werden, sowie Informationen deren Ablage im EPD nicht empfohlen wird.

Behandlungsrelevante
Informationen Schweiz

Die vorliegenden Empfehlungen zum Minimalen Datensatz beziehen sich auf den aktuellen Stand des EPD, das derzeit primär dokumentenbasierte Informationen bereitstellt. Mit der vermehrten Strukturierung der Gesundheitsinformationen wird zukünftig eine Anpassung der Definition vom Minimalen Datensatz notwendig werden. Des Weiteren ist auch mit bestimmten Anpassungen zu rechnen, sobald der Gesundheitsdatenraum im Rahmen des Programm DigiSanté⁵⁰ realisiert ist.

Im Folgenden wird beschrieben, welche Informationen:

- (A) in jedem Fall (Minimaler Datensatz);
- (B) im Einzelfall (gehört nicht zum Minimalen Datensatz) und
- (C) nicht im EPD abgelegt werden sollten.

Diese Informationen werden ebenfalls in einer Entscheidungshilfe (Handout mit Entscheidungsbaum, vgl. Anhang 2) für die Praxis zusammengefasst. Abschliessend werden gewisse Charakteristiken von behandlungsrelevanten Informationen beschrieben, die in gewissen Fällen zusätzlich oder eher nicht im EPD abgelegt werden sollten. Diese Unterscheidung wird durch eine Analyse der Anwendungsfälle der in der IPAG eHealth vertretenen Berufsverbände kursorisch unterstützt: Mehr als 80% der Nennungen beinhalten Elemente im Minimalen Datensatz.

(A) Minimaler Datensatz

Medikationsliste: Eine detaillierte und aktuelle Übersicht der Medikamente ist unerlässlich, um eine sichere und effektive Medikation zu gewährleisten. Folgende Informationen sind erforderlich⁵¹:

- Produktname (z.B. BELOC ZOK Ret Tabl 25 mg)
- Wirkstoffname (z.B. Metoprololtartrat)
- Darreichungsform (z.B. Retardtabletten)
- Dosierung pro Einheit (z.B. 25 mg)
- Dosierung (z.B. morgens und abends ½ Tablette nehmen)
- Verabreichungsart (z.B. oral)
- Therapiedauer (z.B. bis leer, 3 Monate ab 8.2.2025)

Diese Informationen können in den meisten kommerziellen Varianten eines Medikationsplanes repräsentiert werden. Das Austauschformat eMedikation: Medikationsplan ist rechtlich im Anhang 4 der Verordnung des EDI über das elektronische Patientendossier vom 22. März 2017 (EPDV-EDI, SR

⁵⁰ https://www.bk.admin.ch/bk/de/home/digitale-transformation-ikt-lenkung/datenoeekosystem_schweiz/monitoring-datenraume/swiss-hds.html

⁵¹ https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Umsetzungshilfe_Medikationsplan.pdf

816.111)⁵² verankert.

Diagnose: Diagnosen, die im Rahmen von Krankenhaus- oder Klinikaufenthalten oder Praxen gestellt werden, sind essenziell für die weitere Behandlung und die Abstimmung zwischen verschiedenen Gesundheitsfachpersonen.

Überweisungsberichte: Ein Überweisungsbericht⁵³ ist ein Dokument, das beim Übergang eines Patienten zwischen Gesundheitsfachpersonen oder Institutionen ("Transition-of-Care" Dokument) ausgetauscht wird. Er enthält relevante klinische Informationen, um die Behandlung, Pflege und Therapie des Patienten nahtlos fortzuführen. Überweisungsberichte können verschiedene Formen wie Einweisungs-, Zuweisungs- oder **Austrittsberichte** annehmen, da die spezifischen Anforderungen je nach Transition-of-Care variieren. Ein Austrittsbericht, beispielsweise beim Wechsel von einer stationären Einrichtung zu einer ambulanten Nachversorgung, ist ein spezieller Überweisungsbericht, der die notwendigen Informationen für die weiterführende Versorgung enthält.

Befunde: Befunde umfassen sämtliche diagnostischen Ergebnisse, die für die Behandlung und Therapieüberwachung von Relevanz sind. Hierzu zählen Laborbefunde, Berichte aus der bildgebenden Diagnostik sowie Resultate apparativer Untersuchungen. Ziel ist es, die unterschiedlichen Eigenschaften dieser Befundarten zu wahren und dennoch eine einheitliche Struktur für die Erfassung zu gewährleisten:

- **Laborbefunde:** Laborbefunde liefern entscheidende Informationen für die Diagnostik und Therapieüberwachung. Es wird empfohlen, sowohl interne als auch externe Laboranalysen zu erfassen. Ausgenommen sind Laborbefunde im Rahmen von stationären Aufenthalten, deren Verlauf in einem abschliessenden Überweisungsbericht zusammengefasst werden.
- **Bildgebende Diagnostik:** Ein Bericht zur bildgebenden Diagnostik ist ein Dokument, das die Ergebnisse diagnostischer Verfahren wie Röntgen, Ultraschall, MRT oder CT. Die eigentlichen Bild- und Messdaten werden dabei nicht im EPD abgelegt⁵⁴.
- **Apparative Untersuchungen:** Neben Labor- und bildgebenden Daten gibt es eine Vielzahl von apparativen Untersuchungen, deren Resultate behandlungsrelevant sind. Beispiele sind Funktionstests (Lunge, Blase, Knochendichte), Langzeit-EKG, Histologie, etc.

Allergien und Intoleranzen: Behandlungsrelevante Informationen zu Allergien und Intoleranzen umfassen Daten, die notwendig sind, um unerwünschte Reaktionen auf Medikamente oder andere Behandlungen zu vermeiden. Diese Informationen haben hohe Relevanz und müssen ärztlich bestätigt werden. Das Austauschformat eAllergien und Intoleranzen ist rechtlich in der EPDV-EDI, Anhang 4⁵⁵ verankert.

⁵² <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/205/de>

⁵³ https://www.ipag-ehealth.ch/s/181206_eTOC-eUeberweisungsbericht-IPAG_d-4.pdf

⁵⁴ Am 28.04.2025 publizierte die EFK die Evaluation der Mechanismen zur angemessenen Verwendung bildgebender Verfahren in der Medizin ([Mechanismen zur angemessenen Verwendung bildgebender Verfahren in der Medizin - Eidgenössische Finanzkontrolle \(EFK\)](#)). Die IPAG eHealth unterstützt die Stellungnahme des BAG zur EFK-Empfehlung 4.

⁵⁵ <https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/oce/2023/52/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-oce-2023-52-de-pdf-a-1.pdf>

Impfdaten: Immunisierungen (Impfpass) gelten als behandlungsrelevant, da sie wichtige Hinweise für den Schutz vor bestimmten Erkrankungen und die Auswahl geeigneter Therapien liefern. Das Austauschformat elmpfung ist rechtlich in der EPDV-EDI, Anhang 4⁵⁶ verankert.

Schwangerschaftspass und Geburtsbericht: Die interprofessionelle Betreuung während einer Schwangerschaft und Geburt macht es erforderlich, dass detaillierte Informationen allen Gesundheitsfachpersonen zur Verfügung stehen.

Grundprinzipien:

- Die Verantwortung für die Ablage im EPD liegt grundsätzlich bei der verfassenden Person. In bestimmten Fällen kann die Ablage jedoch auch delegiert werden.
- Prinzipiell sollen behandlungsrelevante Informationen zeitnah (gewöhnlich innerhalb 48 Stunden) nach der Finalisierung (z.B. durch ein Visum) des Berichtes im EPD abgelegt werden.
- Die Behandlungsrelevanz richtet sich nach dem Zeitpunkt der Ablage (Aktualität) und ist damit eine wesentliche Information in diesem Zusammenhang.
- Gesundheitsfachpersonen können zusätzliche Informationen im EPD ablegen. Weiter können Patienten explizit darauf hinweisen, dass keine Ablage erfolgen soll (im Bezug auf das Recht auf Nichtwissen).
- Die Vollständigkeit des Minimalen Datensatzes kann aus Sicht der jeweiligen eingebenden Gesundheitsfachperson nur zu dem Zeitpunkt der Ablage in das EPD erreicht werden, da Patienten verantwortlich für die Verwaltung der Informationen sind (vgl. Kapitel 1.4).

Grundprinzipien für die Dokumentenablage im EPD

(B) Ablage in das EPD im Einzelfall

Behandlungsrelevante Informationen sind oft kontext-bezogen und situativ. Die folgenden Informationen können den Umständen entsprechend im EPD abgelegt werden. Diese Entscheidung wird der behandelnden Gesundheitsfachperson überlassen:

Pflegeberichte / Pflegeplanung: Pflegeberichte bzw. deren Zusammenfassung können bei komplexen Episoden, längeren Aufenthalten, oder bei der Pflege und Betreuung im Heimbereich, wichtige Hinweise über den Patienten liefern.

Operationsberichte: Operationsberichte bei ambulanten Eingriffen, Operationen, die nicht in einem anderen Bericht (z.B. Überweisungsbericht) dokumentiert werden oder apparative Interventionen, deren Inhalt für die weitere langfristige Behandlung relevant sind und möglicherweise als einziges Dokument den Eingriff und die Nachbehandlung beschreiben.

Informationen bei stationärer Behandlung: Stationäre Aufenthalte und Behandlungen werden üblicherweise mit einem abschliessenden Überweisungsbericht zusammengefasst. Die Verlaufsdaten während dem stationären Aufenthalt sind üblicherweise nicht behandlungsrelevant.

⁵⁶ <https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/occe/2023/52/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-occe-2023-52-de-pdf-a-1.pdf>

Berichte und Informationen, die möglicherweise für eine oder mehrere nachfolgende Gesundheitsfachpersonen benötigt werden und die lediglich innerhalb derselben Gesundheitsinstitution verwendet werden, wie zum Beispiel interne Schmerzfragebögen, sollten nur in Ausnahmefällen im EPD abgelegt werden.

(C) keine EPD Ablage (Ergänzungsliste ausserhalb des Minimalen Datensatzes)

Für Berufsgruppen deren Dokumentationen nicht als Minimaler Datensatz betrachtet werden, ist individuell von der jeweiligen Gesundheitsfachperson zu beurteilen, ob eine Ablage in das EPD notwendig ist. Grundsätzlich wird jedoch keine Ablage empfohlen:

- **Verlaufsberichte/-notizen**, insbesondere für Dokumentation innerhalb einer Gesundheitsinstitution (Praxis, Spezialklinik, stationäre Aufenthalte)
- **Verschreibungen** beinhalten Anordnungen für Behandlungen, die üblicherweise wenig klinische Informationen beinhalten
- **Rezepte** sind Verschreibungen für die Abgabe von Medikamenten und Hilfsmittel; diese stellen “temporäre” Informationen bis zur Abgabe dar (EPDV-EDI, Anhang 4)⁵⁷
- **Anmeldung zu Untersuchungen** beinhalten Informationen zur Durchführung einer Untersuchung, deren Resultate üblicherweise in einem Befund übermittelt werden. Anmeldungen beinhalten oft nur limitierte klinische Informationen
- **Assessments** sind oft detaillierte Instrumente, die Auskunft über eine aktuelle Patientensituation geben. Bei länger dauernden Episoden können diese Information behandlungsrelevant sein, um den Verlauf zu dokumentieren, und können in anderen Dokumenten erscheinen. In Ausnahmefällen können Assessments für andere Gesundheitsfachpersonen behandlungsrelevant sein und im EPD abgelegt werden.
- **Versicherungsdokumente** und andere **administrative Berichte**
- **Zeugnisse und Bestätigungen** (Arbeitsunfähigkeit, etc.)
- **Behandlungspläne/-protokolle**
- **Patientenkorrespondenz** (administrativ)
- **Planungsunterlagen** für zukünftige Interaktionen mit dem Gesundheitssystem z.B. nächste Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen
- **Bildmaterial von Untersuchungen** (CT, MRI, US)⁵⁸
- **Informationen und Dokumente**, die in einem abschliessenden Überweisungsbericht oder einem anderen Dokument aufgeführt werden

Zeitliche und prozessorientierte Aspekte

Eine klare und eindeutige Definition von behandlungsrelevanten Informationen wird durch folgende Charakteristiken erschwert und benötigt in einigen Fällen eine Abwägung der Gesundheitsfachperson, ob ein Dokument im EPD

⁵⁷ <https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/occe/2023/52/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-occe-2023-52-de-pdf-a-1.pdf>

⁵⁸ Am 28.04.2025 publizierte die EFK die Evaluation der Mechanismen zur angemessenen Verwendung bildgebender Verfahren in der Medizin ([Mechanismen zur angemessenen Verwendung bildgebender Verfahren in der Medizin - Eidgenössische Finanzkontrolle \(EFK\)](#)). Die IPAG eHealth unterstützt die Stellungnahme des BAG zur EFK-Empfehlung 4.

abgelegt werden soll.

Generell wird empfohlen, dass Dokumente möglichst zeitnah, im Normalfall innerhalb von 48 Stunden nach der Finalisierung des Dokumentes, wie zum Beispiel mit einem Visum, im EPD verfügbar sein sollten, um eine kontinuierliche und effiziente Versorgung zu unterstützen.

Wie in Kapitel 1.3 Tiefenintegration erwähnt, soll von den Informationssystemanbietern eine Tiefenintegration realisiert werden, so dass diese Informationen unmittelbar im EPD zur Verfügung stehen und sich dadurch die zeitliche Relevanz erübrigt. Dies ermöglicht es den beteiligten Gesundheitsfachpersonen, ohne zusätzlichen Zeitaufwand auf aktuelle und vollständige Informationen zurückzugreifen und so die bestmögliche Behandlung sicherzustellen.

Es soll jedoch betont werden, dass Patienten das Recht haben, jederzeit zusätzliche Dokumente von ihren Gesundheitsfachpersonen im EPD einzufordern.

a. Dokumente mit temporärem Charakter

Die Dokumentation des Behandlungsprozesses und Verfügbarkeit von aktuellen Informationen kann dazu führen, dass Interimsdokumente zur Verfügung gestellt werden, welche

- a. noch nicht alle Informationen vollständig enthalten (z.B. Laborbefunde mit ausstehender Bakteriologie, Histologiebefunde von Biopsien) oder
- b. keine offizielle Gültigkeit haben (z.B. Überweisungsberichte ohne offizielle Unterschrift des verantwortlichen Arztes). Diese Interimsdokumente werden oft durch die finalen Dokumente innert kurzer Zeit ersetzt (Versionierung) und verlieren daher ihre Relevanz.

Etliche Dokumente im Behandlungsprozess können als “Auftragsdokumente” interpretiert werden. Dabei hat das Dokument den Zweck, die Informationen für die Erfüllung eines Auftrages zu gewährleisten. Nach der Erfüllung des Auftrags wird das eigentliche Auftragsdokument wenig relevant sein, da die Informationen in einem anderen Dokument, welches über den Abschluss des Auftrags berichtet, ebenfalls erscheinen sollte. Beispiele sind Rezepte (Medikation, Hilfsmittel), Anmeldungen zu Untersuchungen oder Verordnungen für Behandlungen (Physiotherapie, Ernährungsberatung, Ergotherapie). Obwohl diese Dokumente eine kurzlebige Relevanz haben können, werden sie gewöhnlich nach Erfüllung ihres Zwecks irrelevant für die weitere Behandlung.

Behandlungsrelevante Informationen, die für die aktuelle Episode relevant sind, können ihre Relevanz verlieren oder im Verlaufe der Zeit ändern bzw. verlieren. Ein Beispiel ist der Schwangerschaftspass, der während und nach der Schwangerschaft behandlungsrelevant ist, nach einigen Jahren aber seine Behandlungsrelevanz verlieren kann. Ebenso können Laborbefunde, die viele Jahre zurückliegen, irrelevant werden. Da diese Dokumente beim initialen Ablegen im EPD behandlungsrelevant sind und das EPD keinen Unterhalt bzw. Bereinigung von nicht weiter behandlungsrelevanten Dokumenten vorsieht, spielt dieser Aspekt keine Rolle zum Zeitpunkt der EPD-Ablage.

b. Prozess-orientierte Aspekte

Eine Verzögerung beim Hochladen von behandlungsrelevanten

Informationen kann im Einzelfall entstehen, wenn es die Sorgfalts- und Aufklärungspflicht der Gesundheitsfachperson erfordert, dass der Patient vorab über den Inhalt informiert wird. Beispiele sind die Mitteilung von Diagnosen oder Befunde (Labor, Bildgebung, Histologie), die einen Beginn oder Änderung der Therapie zur Folge haben können.

Patienten werden oft in Spezialkliniken für längere Zeit betreut und behandelt. Dabei können Dokumente erstellt werden, die für diese Episode behandlungsrelevant sind, jedoch nicht von anderen Gesundheitsfachpersonen benötigt werden, da diese zum gegebenen Zeitpunkt einen abschließenden und zusammenfassenden Überweisungsbericht erhalten. Die Ablage dieser internen Dokumente sollte nur in Ausnahmefällen im EPD abgelegt werden.

Gelegentlich wünschen Patienten, keine Information über ihre Behandlungen zu erhalten (Recht auf Nichtwissen). In diesen Situationen müssen die Dokumente unter den Gesundheitsfachpersonen ausgetauscht werden und dürfen nicht in das EPD abgelegt werden.

Die empfohlenen Dokumente tragen dazu bei, dass alle wichtigen und behandlungsrelevanten Informationen vorliegen, ohne dass das EPD unnötig mit zusätzlichen Informationen überladen wird. Auf diese Weise wird der Fokus auf die essenziellen Informationen gelegt, die für die Behandlung entscheidend sind, während die Patienten dennoch die Möglichkeit haben, nach Bedarf weitere Informationen einzufordern.

Erweiterte Dokumente /
Einfordern der Gesundheitsinformationen

4 Limitationen

Verfügbarkeit der Informationen

Der Begriff behandlungsrelevante Informationen bezieht sich auf die zeitliche Komponente der EPD-Ablage. Es ist unumgänglich, dass gewisse Informationen kontextsensitiv sind und unter Gesundheitsfachpersonen unterschiedlich auf ihre Behandlungsrelevanz eingeschätzt werden. In diesen Fällen der Unschärfe bleibt es in der Verantwortung der Gesundheitsfachperson, über eine Ablage im EPD zu entscheiden. Der Entscheidungsbaum im Handout (vgl. Anhang 2) soll dabei als Entscheidungshilfe dienen. Im Verlauf der Zeit können gewisse Dokumente ihre Behandlungsrelevanz ändern oder verlieren (z.B. Schwangerschaftspass, Geburtsbericht). Ein Unterhalt der Dokumente ist aktuell nicht vorgesehen, ebenso ist das Vorhandensein von Suchfunktionen für behandlungsrelevante Informationen aktuell keine Anforderung.

Behandlungsrelevante
Informationen die von
den Patienten nicht
geteilt werden.

Eine wichtige Limitation aus Sicht der Gesundheitsfachpersonen besteht darin, dass Patienten die Möglichkeit haben, den Zugriff auf bestimmte Dokumente selektiv einzuschränken, ohne dass die Gesundheitsfachpersonen davon Kenntnis erhalten, obwohl diese für Gesundheitsfachpersonen behandlungsrelevant sind. Daher kann die Vollständigkeit der behandlungsrelevanten Informationen nicht rein auf Basis der im EPD abgelegten Daten gewährleistet werden. Aktuell ist es in den Zugangsportalen, die die Stammgemeinschaften und Gemeinschaften den Gesundheitsfachpersonen zur Verfügung stellen, nicht möglich, dass die Gesundheitsfachpersonen erkennen können, ob keine Informationen vorhanden sind, oder diese nicht zugänglich gemacht wurden.

Ein solcher Fall ist vergleichbar mit einer Anamnese, bei der Patienten bestimmte Informationen bewusst oder unbewusst nicht angeben - auch dies kann im Nachhinein juristische Konsequenzen haben, falls relevante Vorerkrankungen oder Therapien nicht bekannt waren. Im EPD ist diese Konstellation jedoch aus den Protokolldaten ersichtlich.

Die vorliegenden Empfehlungen müssen regelmässig überdacht und angepasst werden, da die digitale Transformation im Gesundheitswesen dazu führt, dass Informationsblöcke dynamisch erstellt und aufdatiert werden und weniger auf ganzen Berichten basieren, die oft redundante Informationen enthalten.

Diese Herausforderungen sind nicht Bestandteil des Mandates und werden im vorliegenden Bericht nicht weiter thematisiert. Für weiterführende Arbeiten / Analysen sind diese Punkte aber zu berücksichtigen.

Verwaltung der Behandlungsrelevanten Informationen

Anhang 1 Metadaten

Anhang 1 liefert eine Übersicht über die Metadaten, die bei der Ablage klinischer Dokumente im EPD verwendet werden. Ziel ist eine einheitliche, durchsuchbare und interoperable Dokumentenstruktur.

Teil A.1.1 listet zentrale Dokumente wie Medikationslisten, Diagnosen, Laborbefunde oder Überweisungsberichte auf, jeweils mit einem spezifischen SNOMED CT-Code. So wird sichergestellt, dass diese Informationen systemübergreifend korrekt erkannt und eingeordnet werden.

Im Teil A.1.2 werden standardisierte Metadatenfelder definiert, etwa für die Rolle des Autors, die Fachrichtung oder die Einrichtung. Die zugehörigen OID-Codes ermöglichen eine eindeutige technische Verarbeitung im Hintergrund.

A.1.1 Dokumente

Die Metadaten Codes von eHealthSuisse⁵⁹.

Wo immer möglich, werden die einzelnen Attributen noch mit SNOMED CT und LOINC Codes ergänzt.

Dokument	Zugehörige DocumentEntry.typecode (SNOMED CT)	
Medikationsliste	721912009	
Diagnosen	419891008 / Projekt SCD – Ablösung Tessiner Code (für den ambulanten Bereich) ⁶⁰	
Laboranalyse	4241000179101	
Bildgebende Diagnostik (Ohne Bilder)	4201000179104	
Allergie Bericht, Immunisierung, Impfungen	722446000 41000179103	
Schwangerschaftspass -Geburtsbericht (eSchwangerschaftspass)	419891008	
Überweisungsbericht als übergeordneter Begriff	Begriff	DocumentEntry.typecode
	Behandlungsplan	737427001
	Pflegeplan	773130005
	Rehabilitationsplan	736055001
	Operationsbericht	371526002
	Pathologiebericht	371528001
	Schwangerschafts- /Geburtsbericht	419891008
	Notfallbericht	445300006
	Anamnese / Untersuchungsbericht	371529009
	Verlaufsbericht	371532007
	Austrittsbericht	373942005
	Überweisungsbericht	371535009
	Nicht näher spezifiziertes Dokument	419891008

⁵⁹ <https://ehealthsuisse.art-decor.org/index.php?prefix=ch-epr->

⁶⁰ In Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften wurde auf der Basis der beiden international weit verbreiteten Kodierungssysteme ICD-10 und in der Grundversorgung ICPC-2 ein Grundgerüst von fachspezifischen Diagnosesets definiert, mit denen ca. 80-90% des jeweiligen Behandlungsspektrums abgebildet werden

A 1.2 Wertebereiche

Definition	Value Set	OID
Rolle Autor	DocumentEntry.author.authorRole	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.1.3
Fachrichtung Autor	DocumentEntry.author.authorSpeciality	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.1.4
Gesundheitseinrichtung	DocumentEntry.healthcareFacilityTypeCode	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.11
Fachrichtung Gesundheitseinrichtung	DocumentEntry.practiceSettingCode	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.18
Dokumentenklasse	DocumentEntry.classCode	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.3
Dokumententyp	DocumentEntry.typeCode	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.27
Sprache	DocumentEntry.languageCode	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.13

Anhang 2 Orientierungshilfe für Gesundheitsfachpersonen

Der Anhang 2 des Berichts enthält eine zweiseitige Orientierungshilfe für Gesundheitsfachpersonen, die eine praktische Unterstützung bei der Entscheidung bietet, welche klinische Informationen im EPD abgelegt werden sollen. Ziel ist es, Unsicherheiten in der Praxis zu reduzieren und die Qualität sowie Einheitlichkeit der Datenablage zu erhöhen.

Die erste Seite fasst die zentralen Informationen zum sogenannten Minimalen Datensatz zusammen. Hier werden jene Dokumententypen aufgelistet, die in jedem Fall im EPD abgelegt werden sollen. Zusätzlich werden Kriterien erläutert, anhand derer Gesundheitsfachpersonen beurteilen können, ob weitere Informationen situativ behandlungsrelevant sein könnten. Es wird betont, dass die Relevanz kontextabhängig ist und sich im Verlauf der Zeit ändern kann.

Auch eine Ergänzungsliste ausserhalb des Minimalen Datensatzes wird aufgeführt. Diese umfasst Dokumententypen, die in der Regel nicht im EPD abgelegt werden sollen. Sie dienen oft administrativen Zwecken oder haben lediglich temporären Nutzen.

Die zweite Seite zeigt einen grafisch gestalteten Entscheidungsbaum, der den Gesundheitsfachpersonen als systematische Entscheidungshilfe dient. Er geht schrittweise folgenden Fragen nach:

1. Gehört das Dokument zum Minimalen Datensatz?
2. Wenn nein: Enthält das Dokument dennoch relevante Informationen, die für andere Gesundheitsfachpersonen nützlich sind?
3. Wenn kein ausreichender Mehrwert erkennbar ist oder die Informationen bereits anderswo erfasst wurden, wird keine Ablage im EPD empfohlen.

Der Entscheidungsbaum berücksichtigt auch Sonderfälle wie pendenten Status, das Recht auf Nichtwissen seitens den Patienten sowie die Möglichkeit, dass bestimmte Informationen in anderen übergeordneten Dokumenten enthalten sind.



Behandlungsrelevante Informationen

Behandlungsrelevante Informationen sind wichtig für die klinische Versorgung, da sie den Gesundheitszustand eines Patienten dokumentieren und eine fundierte, koordinierte Behandlung ermöglichen. Sie schaffen Transparenz und fördern die partizipative Entscheidungsfindung. Diese Informationen unterstützen die Kommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patienten, indem sie einen gemeinsamen Informationsstand ermöglichen, der relevant ist für die Weiterbehandlung. Die Relevanz der Informationen ist dynamisch und kontextabhängig.

- **Zeitliche Relevanz** – Informationen können mit der Zeit an Bedeutung verlieren oder gewinnen.
- **Pendente Berichte** – Noch nicht endgültige Dokumente erfordern regelmässige Überprüfung.
- **Kontextsensitive Relevanz** – Je nach Fachbereich und Empfänger variiert die Bedeutung der Informationen
- **Praktikabilität** – Informationen, die mehrfach verwendbar sind, gelten als besonders relevant.

Minimaler Datensatz (Ablage im EPD in jedem Fall)

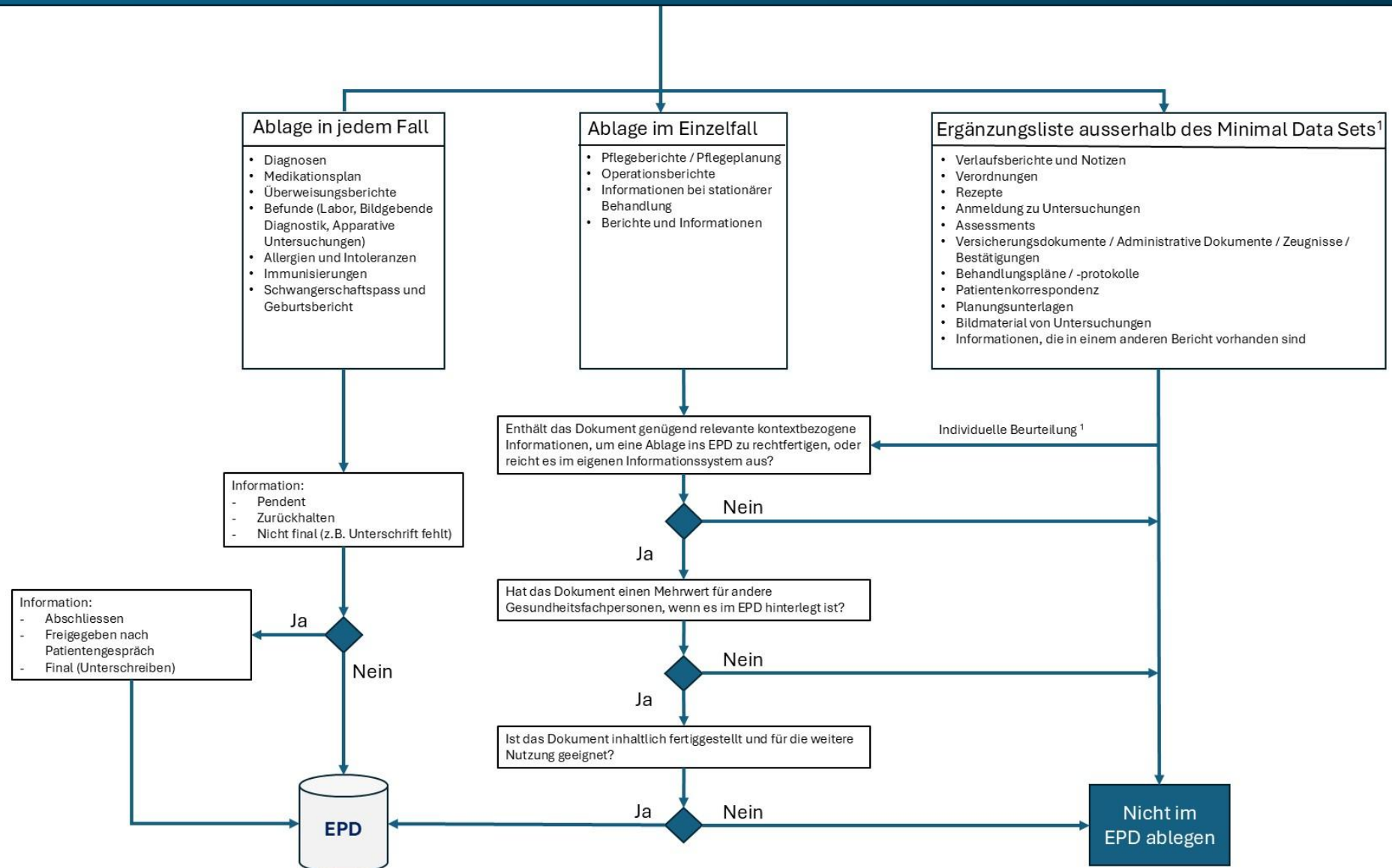
- **Medikationsliste** – Eine detaillierte und aktuelle Übersicht der Medikamente, dazu gehören: Produktname, Wirkstoffname, Darreichungsform, Dosismenge pro Einheit, Dosierung, Anwendungsanweisung und Anwendungsdauer.
- **Diagnosen** – Die im Rahmen von Krankenhaus- oder Klinikaufenthalten oder Praxen gestellt werden.
- **Überweisungsberichte** – Dokumente, das beim Übergang eines Patienten zwischen Gesundheitsfachpersonen oder Institutionen ausgetauscht wird. Überweisungsberichte können verschiedene Formen wie Einweisungs-, Zuweisungs- oder Austrittsberichte annehmen.
- **Befunde (Labor, Apparativ, Bildgebende)** – Für Laborbefunde gilt eine Ausnahme im Rahmen von stationären Aufenthalten, deren Verlauf in einem abschliessenden Überweisungsbericht zusammengefasst werden. Für die bildgebende Diagnostik gilt das die Ergebnisse diagnostischer Verfahren wie Röntgen, Ultraschall, MRT oder CT sowie Befunde von apparativen Untersuchungen, wie z.B. Langzeit-EKG oder Lungenfunktion, zusammenfasst.
- **Allergien und Intoleranzen** - Müssen ärztlich bestätigt werden.
- **Impfdaten** - Immunisierung gelten als behandlungsrelevant, da sie wichtige Hinweise für den Schutz vor bestimmten Erkrankungen und die Auswahl geeigneter Therapien liefern.

Behandlungsrelevante Informationen sind oft kontext-bezogen und situativ. Dokumente, welche nicht im Minimalen Datensatz enthalten sind, können aber behandlungsrelevante Charakteristiken annehmen. Eine Entscheidungsfindung, ob ein Dokument in das EPD abgelegt werden soll oder nicht, kann mittels untenstehendem Entscheidungsbaum vollzogen werden. Hierbei steht vor allem die Vollständigkeit sowie der Mehrwert für weitere Gesundheitsfachpersonen im Vordergrund.

Wenn ein Austauschformat zur Erfassung der entsprechenden Daten zur Verfügung gestellt wird, ist dieses zu nutzen.

Behandlungsrelevante Informationen

Entscheidungsbaum



¹ Für Berufsgruppen deren Dokumentationen nicht im Minimal Data Set betrachtet werden, kann eine individuelle Beurteilung vorgenommen werden.