



Mai 2023

Ergebnisbericht der Vernehmlassung (25. Januar bis 2. Mai 2023)

Revision des Bundesgesetzes über das
elektronische Patientendossier:
Übergangsfinanzierung und Einwilligung



Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	4
2	Vernehmlassungsverfahren und Auswertungsgrundsätze	4
2.1	Vernehmlassungsverfahren.....	4
2.2	Auswertungsgrundsätze	5
3	Zusammenfassung der Ergebnisse	5
3.1	Statistische Auswertung	5
3.2	Überblick	6
3.2.1	Generelle Positionen zur Vorlage insgesamt	6
3.2.2	Generelle Positionen zu den einzelnen Elementen der Vorlage	7
3.2.3	Generelle Positionen gegen die Vorlage	12
4	Stellungnahmen zu den einzelnen Bestimmungen	17
4.1	EPDG	17
4.1.1	Ingress	17
4.1.2	Art. 1 Gegenstand und Zweck	17
4.1.3	Art. 3 Einwilligung	18
4.1.4	Art. 23a Grundsätze	19
4.1.5	Art. 23b Höchstbetrag	35
4.1.6	Art. 23c Verfahren	36
4.1.7	Art. 26a Übergangsbestimmungen zur Änderung vom	36
4.2	EPDFV	37
4.2.1	Ingress	37
4.2.2	Art. 1 Gegenstand	37
4.2.3	Art. 2 Grundsatz	37
4.2.4	Art. 3 Betrag pro eröffnetes elektronisches Patientendossier.....	38
4.2.5	Art. 4 Höchstbetrag pro Stammgemeinschaft	41
4.2.6	Art. 5 Gesuch	43
4.2.7	Art. 6 Verfügung	45
4.2.8	Art. 7 Meldepflicht.....	45
4.2.9	Art. 8 Auszahlung	46
4.2.10	Art. 9 Änderung eines anderen Erlasses	46
4.2.11	Art. 10 Übergangsbestimmung	47
4.2.12	Art. 11 Inkrafttreten.....	47
4.3	Allgemeine Bemerkungen	47
5	Stellungnahmen zum erläuternden Bericht	48
6	Weiter eingegebene Punkte	49
6.1	Gesetzgebungsprozess.....	49
6.2	Verpflichtung aller GFP, sich einer Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft anzuschliessen.....	49
6.3	Verpflichtung der GFP Daten im EPD zu erfassen	51
6.4	Anzahl Stammgemeinschaften	51
6.5	Freiwilligkeit / Opt-out / Eröffnung EPD	52
6.6	Zugang zum HPD.....	52
6.7	Eröffnungsprozess	53

6.8	Mängel bei der Umsetzung des EPD(G).....	54
6.9	Diverses	60
7	Anhänge	62
7.1	Liste der Vernehmlassungsadressaten bzw -teilnehmenden	62
7.2	Abkürzungen	66

1 Ausgangslage

Der Bundesrat hat am 11. August 2021 den Bericht «Elektronisches Patientendossier. Was gibt es noch zu tun bis zu seiner flächendeckenden Verwendung» verabschiedet und darin festgestellt, dass die Finanzierung der Stammgemeinschaften und damit des elektronischen Patientendossiers (EPD) eine grosse Herausforderung darstellt. Mit der durch den Bundesrat am 27. April 2022 in Auftrag gegebenen umfassenden Revision des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier (EPDG; SR 816.1) sollen die Rollen zwischen Bund und Kantonen in Bezug auf das EPD klar geregelt und eine nachhaltige Finanzierung sichergestellt werden. Gleichzeitig sollen diverse Massnahmen zur Weiterentwicklung des EPD getroffen und damit der Nutzen für alle Beteiligten erhöht werden.

Bis zum Inkrafttreten dieser umfassenden Revision dürften jedoch rund 5 Jahre vergehen. Dieser Zeitraum stellt eine kritische Phase für die Einführung und Verbreitung des EPD dar. Mittels einer zeitlich befristeten Übergangsfinanzierung soll bis zum Inkrafttreten der umfassenden Gesetzesrevision die Finanzierung der Stammgemeinschaften überbrückt werden.

Für die Eröffnung eines EPD ist die Einwilligung mittels eigenhändiger Unterschrift der Patientin oder des Patienten notwendig. Die Einwilligung kann auch elektronisch, mit einer qualifizierten elektronischen Signatur (QES) nach dem Bundesgesetz vom 18. März 2016 über die elektronische Signatur (ZertES; SR 943.03) erteilt werden. Die QES hat sich auf dem Markt jedoch unzureichend durchgesetzt. Um den Eröffnungsprozess zu vereinfachen, sollen daher künftig weitere Formen der elektronischen Einwilligung und damit ein vereinfachter Online-Eröffnungsprozess ermöglicht werden.

2 Vernehmlassungsverfahren und Auswertungsgrundsätze

Am 25. Januar 2023 hat der Bundesrat die Vernehmlassung zu Revision des EPDG: Übergangsfinanzierung und Einwilligung (inkl. Ausführungsrecht) eröffnet. Die Vernehmlassung dauerte – unter Berücksichtigung der Ostertage - bis am 2. Mai 2023.

2.1 Vernehmlassungsverfahren

Zur Teilnahme am Vernehmlassungsverfahren wurden die Regierungen der 26 Kantone, die Konferenz der Kantonsregierungen, 11 politische Parteien, 3 gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete, 8 gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft sowie 62 weitere Organisationen eingeladen.

Von den angeschriebenen Vernehmlassungsadressaten reichten 25 Kantone (alle ausser Waadt) und die GDK, 5 politische Parteien (Die Mitte, FDP, GRÜNE, SP und SVP), 3 Spitzenverbände der Wirtschaft (economiesuisse, SGB, sgv-usam) und 23 Organisationen (u.a. Patienten- und Konsumentenorganisationen, Fachorganisationen, Versicherer, technische Akteure) eine materielle Stellungnahme ein.

Ausserdem liessen sich 35 weitere Organisationen und Institutionen, insbesondere Fachorganisationen und technische Akteure, materiell vernehmen.

Insgesamt sind 97 Stellungnahmen eingegangen. 4 Teilnehmende (SAV, KAV, SNV, SUVA) verzichteten auf eine materielle Stellungnahme. Somit fliessen insgesamt 93 Stellungnahmen in die Auswertung.

Kategorie	Total begrüsst	Antworten Begrüsste	Antworten nicht Begrüsste	Total Antworten
Kantone/KdK/GDK	27	25	1	26
In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien	11	5	-	5
Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden / Städte / Berggebiete	3	-	-	-
Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft	8	3	-	3
Weitere begrüusste Organisationen	62	24	-	24
Nicht angeschriebene Organisationen und Privatpersonen	-	-	35	35
Total Antworten	111	57	36	93

Tabelle 1: Übersicht über die eingegangenen Antworten

2.2 Auswertungsgrundsätze

Für ein möglichst umfassendes Gesamtbild werden die zahlreichen und inhaltlich vielfältigen Stellungnahmen im vorliegenden Bericht zusammengefasst und in Kapitel 4 aufgeteilt auf die einzelnen Bestimmungen der Vorlage dargestellt.

3 Zusammenfassung der Ergebnisse

3.1 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der 93 Stellungnahmen ist in Tabelle 2 zusammengefasst (Details vgl. Ziffer 2.1). Dabei erfolgt die Einteilung der Stellungnahmen nach folgenden Überlegungen:

- **Zustimmung:** Die Vorlage wird vorbehaltlos begrüsst. Die Stellungnehmerin oder der Stellungnehmer ist mit der Vorlage einverstanden.
- **Vorbehalte:** Die Vorlage wird grundsätzlich begrüsst, es bestehen jedoch Anpassungswünsche.
- **Ablehnung:** Die Vorlage wird grundsätzlich abgelehnt.

Kategorie	Zustimmung	Vorbehalte	Ablehnung	Total
Kantone / KdK / GDK	-	23	3	26
In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien	-	3	2	5
Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft	1	2	-	3
Weitere begrüßte Organisationen	4	18	2	24
Nicht angeschriebene Organisationen und Privatpersonen	3	28	4	35
Total	8	74	11	93

Tabelle 2: Statistische Auswertung der Stellungnahmen

3.2 Überblick

3.2.1 Generelle Positionen zur Vorlage insgesamt

Kantone

Die Kantone *AG, BS, FR, GE, JU, NE, NW, TI, UR, VS* sowie die *GDK*¹ stimmen der Vorlage im Grundsatz zu, haben aber Änderungswünsche.

Die Kantone *BE* und *GR* äussern Zweifel, dass die Vorlage zur Rettung des EPD beiträgt. Der Kanton *TG* lehnt die Vorlage ab.

Parteien

Die Parteien *Die Mitte* und die *SP* stimmen der Vorlage im Grundsatz zu, haben aber Änderungswünsche. Die *GRÜNEN* unterstützen die Vorlage, um die bisher getätigten Investitionen nicht zu gefährden und weitere Verzögerungen bei der Verbreitung des EPD zu vermeiden.

Die *FDP* erachtet Vorlage nur unter Vorbehalten als sinnvoll und die *SVP* lehnt die Vorlage ab.

Gesamtschweizerische Dachverbände

Der *SGB* unterstützt die Vorlage grundsätzlich.

economiesuisse, sgv-usam stimmen der Vorlage im Grundsatz zu, haben aber Änderungswünsche.

Patienten- und Konsumentenorganisationen

Die *GELIKO* begrüsst die Vorlage und verzichtet auf eine Würdigung.

Die Organisationen *ACSI, DVSP, FRC* sowie *SKS* stimmen der Vorlage im Grundsatz zu, haben aber Änderungswünsche.

¹ *AI, AR, BL, GL, GR, LU, OW, SG, SH, SO, SZ, ZG, ZH* schliessen sich der Stellungnahme der *GDK* an, soweit sie nicht davon abweichen.

Fachorganisationen

Die *FSP*, *senesuisse* und *vsao* begrüßen die Vorlage bzw. stimmen der Vorlage vollumfänglich zu. Auch die *FAMH* begrüsst die Vorlage, verzichtet aber auf eine Stellungnahme zu den einzelnen Elementen.

Die *ADTG*, *ARTISET*², *ASPS*, *IGMG*, *Interpharma*³, *IPAG*, *SBAP*, *SBK*, *Spitex*, *svbg*, *SVDG* und *VGI.ch* stimmen der Vorlage im Grundsatz zu, haben aber Änderungswünsche. Die *IG eHealth*, *SDV* und *SHV* können die Aufteilung der EPD-Teilrevision in zwei Etappen nachvollziehen und finden eine Übergangsfinanzierung ebenfalls sinnvoll.

Die *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *pharmaSuisse* sowie *Sphf* erachten die Übergangsfinanzierung als nötiges Mittel, stehen aber der freiwilligen Finanzierung durch die Kantone und der damit verknüpften Finanzhilfe kritisch gegenüber.

Die *FMH*⁴, *mfe*⁵ und *SGAIM* stehen der Vorlage kritisch gegenüber.

Die *H+* äussert Zweifel, dass die Vorlage zur Rettung des EPD beiträgt. Die *BEKAG*, *SGMI*, sowie *SMVS* lehnen die Vorlage ab bzw. taxieren sie als ungenügend.

Versicherer

Curafutura erachtet die Vorlage als sinnvoll und auch *santésuisse* begrüsst die Vorlage

Technische Akteure

Die *abilis*, *axsana*, *CARA*⁶, *eSanita*, *KSG* und *Post* stimmen der Vorlage im Grundsatz zu, haben aber Änderungswünsche.

Die *AD Swiss* und die *HIN* finden es problematisch, dass nur Stammgemeinschaften von den Finanzhilfen profitieren sollen, während Gemeinschaften und Identity Provider (IDP) leer ausgingen.

Die *SwissSign* äussert sich nur zur Vereinfachung der Einwilligung. Sie lehnt diese in der vorgeschlagenen Form ab.

Weitere Organisationen, Interessierte Kreise

Die Organisationen *CVCI*, *SDA*, *SSR*, *Swico* stimmen der Vorlage im Grundsatz zu, haben aber Änderungswünsche.

Für *CH++* ist die Übergangsfinanzierung nötig, aber nicht ausreichend.

Die *WEKO* hat einen Vorbehalt gegen eine Bestimmung.

Dr. med. Beat Gafner lehnt die Vorlage ab. *EKK* findet, dass die Vorlage nicht geeignet sei, um das angestrebte Ziel zu erreichen.

3.2.2 Generelle Positionen zu den einzelnen Elementen der Vorlage

3.2.2.1 EPD als Instrument der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die Kantone *AG*, *BE*, *NW*, *SG*, *ZH*, die *GDK* und die Parteien *GRÜNE* und die *FSP* begrüßen den Schritt, das EPD als Instrument der Krankenversicherung zu betrachten und das EPDG neu auch auf Artikel 117 Absatz 1 der Bundesverfassung (BV; SR 101) abzustützen, denn dadurch eröffneten sich dem Bund neue Handlungsspielräume, die es erlaubten, Kompetenzen und Aufgaben von Bund und Kantonen im Zusammenhang mit dem Betrieb des EPD umfassend zu regeln, u.a. die Definition von klaren Verantwortungen, Kompetenzen und Durchsetzungsinstrumenten. Auch *IG eHealth*, *SDV*, *SHV* unterstützen die Anpassung des Zweckartikels, wonach das EPDG nun auch für eine qualitativ hochstehende

² Dachorganisation des Branchenverbandes *CURAVIVA*.

³ *scienceindustries* schliesst sich der Stellungnahme von *Interpharma* an.

⁴ *AGZ* schliesst sich vollumfänglich der Stellungnahme von *FMH* an.

⁵ *SGP* unterstützt die Stellungnahme der *mfe* vollumfänglich.

⁶ Der Verband *CARA* wurde von den Kantonen *GE*, *VS*, *VD* gegründet. Später schlossen sich die Kantone *FR*, *JU* an.

Gesundheitsversorgung sowie zur Kosteneindämmung im Bereich der Krankenversicherung beitragen soll.

Die Mitte begrüsst, dass im Gesetz neu festgehalten werden soll, dass das EPD zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung wie auch zu einer Kosteneindämmung im Bereich der Krankenversicherung beitragen soll.

Der Kanton *TG* und die Organisationen *ARTISET*, *mfe* sowie *SGAIM* erachten die Abstützung auf Artikel 117 Absatz 1 BV als problematisch.

3.2.2.2 Zweckartikel

Die Organisationen *SKS*, *IG eHealth*, *SDV* und *SHV* erachten die vorgeschlagene Ergänzung des Zweckartikels als sinnvoll.

3.2.2.3 Übergangsfinanzierung

3.2.2.3.1 Empfänger der Finanzhilfe

Die Kantone *AG*, *AI*, *BE*, *NW*, *SG*, *VS*, *ZH* und die Organisationen *FRC*, *scienceindustries*, *KSG*, *SDA* begrüssen, dass im EPDG eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden soll, die es dem Bund erlaube, den Stammgemeinschaften für den Betrieb und die Weiterentwicklung Finanzhilfen zu gewähren. Auch *SSR* ist gegenüber der Finanzierung durch den Bund positiv eingestellt.

Die Organisation *IG eHealth* und *der SHV* sind der Ansicht, dass eine Übergangsfinanzierung im Sinne einer Überbrückung zum jetzigen Zeitpunkt sinnvoll sei. Insbesondere weil die Stammgemeinschaften Probleme hätten, ihre Leistungen zu finanzieren brauche es ein Finanzierungsmodell. So schaffe die Übergangsfinanzierung die nötige Zeit, damit alle Kantone ein nachhaltiges Finanzierungsmodell aufbauen könnten. *Die Post* begrüsst die Absicht des Bundesrats, den Zeitraum bis zum Inkrafttreten der geplanten umfassenden Gesetzesrevision mittels Finanzhilfen – als einmalige Zwischenfinanzierung – zu überbrücken.

Die Stammgemeinschaft *axsana* begrüsst den Vorschlag, die Stammgemeinschaften mit einer Übergangsfinanzierung zu unterstützen, sehr. Die zusätzlichen Beiträge seien existenziell für die Verbreitung des EPD.

Die Mitte, *FDP*, *economiesuisse*, *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *pharmaSuisse*, *Sphf*, *ARTISET*, *Interpharma*, *abilis*, *CVCI*, *WEKO* befürchten, dass einzelne (nationale bzw. von keinem Kanton unterstützte) Stammgemeinschaften mit der vorgesehenen Regelung nicht in den Genuss von Finanzhilfen kommen werden. *ADTG*, *BEKAG*, *FMH*, *IG eHealth*, *IPAG*, *mfe*, *SHV*, *Spitex*, *AD Swiss*, *HIN* und *Herr Dr. med. B. Gafner* weisen darauf hin, dass nicht nur Stammgemeinschaften, sondern auch Gemeinschaften Anspruch auf Finanzhilfen haben sollten. *AD Swiss* und *HIN* fordern zusätzlich Finanzhilfen für *IDP*.

Die Organisationen *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *pharmaSuisse*, *SBK*, *Sphf* und *svbg* finden es notwendig, neben der finanziellen Unterstützung der Stammgemeinschaften auch die Implementierung bei den Leistungserbringern finanziell zu unterstützen.

Die *FMH*, *mfe*, *IPAG* sowie *SGAIM* fordern finanzielle Hilfen für die Pflege von Dossiers durch Gesundheitsfachpersonen (GFP) bzw. eine Regelung zur Finanzierung der Hausärzte.

Die IG eHealth und *der SHV* finden, dass der Erfolg des EPD auch von der Nutzung durch die Leistungserbringer/GFP der Gemeinschaft abhängig sei, weshalb auch diese gefördert werden solle.

Der *SBAP* möchte, dass auch die kleinen Unternehmungen in Form einer Einzelpraxis oder Organisation der psychologischen Psychotherapie Finanzhilfe beantragen können.

3.2.2.3.2 Anknüpfung der Finanzhilfe an Anzahl eröffnete EPD

Der Kanton *NE* begrüsst es explizit, dass die Finanzhilfen auf der Grundlage der Anzahl eröffneter EPD erfolgt, da dies einen entscheidenden Anreizcharakter habe. Der Kanton *ZH*

begrüssst die leistungsorientierte Ausgestaltung von Finanzhilfen nach Anzahl eröffneter Patientendossiers ebenfalls. Auch *ARTISET* begrüsst, dass die Stammgemeinschaften bei der Finanzierung von Betrieb und Weiterentwicklung bis zum Inkrafttreten der umfassenden EPDG-Revision finanziell entlastet werden und die Finanzhilfen in Form eines Beitrags pro eröffnetes EPD ausgerichtet werden sollen. Dadurch würden Stammgemeinschaften gefördert, welche den operativen Betrieb der EPD tatsächlich vorantreiben. Die *SSR* erachtet die Finanzierung pro Dossier als motivierend.

Die Mitte stellt sich die Frage, ob es sinnvoll sei, die Höhe der Finanzhilfen einzig an das Kriterium der Anzahl eröffneter EPD zu binden. Auch die *SVDG*, *VGI.ch* und *eSANITA* finden, die Vorlage sei zu einseitig auf die Dossiereröffnung ausgerichtet und solle zusätzlich substantielle Beiträge an die jährlichen Betriebskosten der (Stamm-)Gemeinschaften vorsehen.

Die *FDP*, die Wirtschaftsverbände *economiesuisse* und *sgv-usam*, die Organisationen *FRC*, *ADTG*, *ARTISET*, *ASPS*, *IG eHealth*, *SDV*, *SHV*, *Spitex* sowie *AD Swiss*, *axsana* und die *Post* fordern, die Finanzhilfe nicht einzig an die Anzahl eröffneter EPD zu knüpfen, sondern darüber hinaus die Anzahl der angeschlossenen (und effektiv Inhalte in die EPD speisenden) GFP zu berücksichtigen. Ein Teil fordert zudem, dass die Integration weiterer Zusatzdienste (z.B. eMedikation) abgegolten werde. Die Organisation *FRC* schlägt einen bestimmten Grundbetrag vor für ein EPD, das ein ganzes Jahr (12 Monate) betrieben wird. Auch die *SKS* findet, dass die Anzahl der eröffneten EPD auf lange Sicht als Bemessungsgrundlage nicht ausreichend sei, da sie nichts über den Betrieb und die Nutzung nach der Eröffnung aussagt.

3.2.2.3.3 Höhe der Finanzhilfe

Die *SP* unterstützt den vorgeschlagenen Betrag von 15 Franken pro EPD. Der Zahlungsrahmen bewege sich (maximal) in der Höhe von 30 Millionen Franken, womit diese Gesetzesänderung finanziell tragbar sei. Die Bundesversammlung werde hierbei das letzte Wort haben, denn sie lege den Höchstbetrag fest.

ARTISET begrüsst es, dass sich die Höhe der Finanzhilfe an den Kosten eines effizient herausgegebenen Identifikationsmittels (IDM) nach EPDG orientiert. Aus ihrer Sicht stelle diese Berechnungsbasis eine angemessene Grösse dar.

Für *santésuisse* setzt die Vergütung in Form einer Pauschale pro EPD Anreize zur weiteren Verbreitung des EPD und zu kosteneffizienten Strukturen bei den Stammgemeinschaften. Zudem sei die Pauschalabgeltung pro EPD eine einfache und transparente Finanzierungsart. Ob die geplante Höhe der Vergütung pro EPD durch den Bund von 15 Franken adäquat sei, könne mit den vorhandenen Unterlagen nicht beurteilt werden. Der Betrag solle jedoch unterhalb der effektiven Kosten für die Stammgemeinschaften liegen. Somit handele es sich bei der Finanzierung um eine Kostenbeteiligung und nicht um eine Vollfinanzierung, was unterstützt wird. Wie stark der finanzielle Anreiz auf die Weiterverbreitung des EPD wirke, erscheine jedoch nur schwer bezifferbar. Eine regelmässige Publikation der ausbezahlten Beträge pro Stammgemeinschaft sei im Sinne der Transparenz und der Messung der Zielerreichung der Massnahme unterstützenswert.

Die *Spitex* kann die Höhe des Betrags pro eröffnetes EPD nicht beurteilen. Sollte beschlossen werden, auch den Anschluss von GFP/Leistungserbringer finanziell zu honorieren, müssten die Beträge allenfalls aufeinander abgestimmt werden.

Die Kantone *AG, AI, BE, BS, FR, GE, JU, NE, NW, TI, VS*, die *GDK* sowie die Organisationen *ACSI, DVSP, AAV, ADTG, AVKZ, CLPh, IPAG, LAV, pharmaSuisse, scienceindustries, Sphf, CARA, eSANITA, KSG* und *Post* finden den Betrag von 15 Franken als zu tief bemessen. Der Kanton *SO* fordert, dass kein fixer Betrag, sondern ein Maximalbetrag pro eröffnetes EPD festgelegt werden soll.

3.2.2.3.4 Duale Ausgestaltung der Finanzhilfen

Der Kanton *BS*, die Parteien *Die Mitte, FDP* und *GRÜNE*, der Wirtschaftsverband *SGB* und *Interpharma* unterstützen die duale Ausgestaltung der Finanzhilfen. Die Kantone *FR, GE, JU, VS* sowie *CARA* und die *KSG* finden das Prinzip der Kofinanzierung zu gleichen Teilen durch den Bund und die Kantone sei sachgerecht. Die *eSANITA* ist ebenfalls der Meinung, dass das Prinzip der Ko-Finanzierung des EPD durch Bund und Kantone grundsätzlich sinnvoll sei, da die Kantone für die Sicherstellung und Organisation der Gesundheitsversorgung zuständig seien.

Die *SP* und der *DVSP* begrüßen an der vorgeschlagenen Übergangsfinanzierung insbesondere, dass dem Subsidiaritätsprinzip und dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz Rechnung getragen wird: Der Bund übernehme die Beiträge pro eröffnetes EPD nur, wenn der entsprechende Kanton sich bereits in gleichem Umfang an den jährlichen Kosten der Stammesgemeinschaft für Betrieb und Weiterentwicklung beteiligte. Diese Vereinheitlichung betreffend Kostenbeteiligung der Kantone wird sehr begrüsst, denn heute existierten für die sechs Stammesgemeinschaften unterschiedliche Bedingungen. Einige erhielten grosse Unterstützung auf kantonaler Ebene - andere hingegen wenig bis gar keine. Eine Vereinheitlichung führe zu gleich langen Spiessen und nehme auch die Kantone absolut zu Recht in die Pflicht; liege doch das Gesundheitswesen letztlich in ihrem Kompetenzbereich.

Curafutura begrüsst explizit die Verpflichtung der Kantone zur Mitfinanzierung vor Auszahlung eines Bundesbeitrags. Damit könne ein Anreiz geschaffen werden, dass auch bis anhin noch zu wenig initiative Kantone aktiv werden.

Die *EKK* begrüsst die duale Ausgestaltung der Finanzhilfe, gibt aber zu bedenken, dass Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen in dieser Vorlage nicht geregelt werde. Eine erfolgreiche Umsetzung des Gesetzes setze genau dies jedoch voraus.

Die Kantone *AG, AI, BE, BL, BS, GL, LU, NW, SG, UR, ZH*, die *GDK*, sowie *ADTG, eSANITA* und die *Post* geben zu bedenken, dass eine Auszahlung von Finanzhilfen des Bundes zeitlich nicht von bereits erfolgten Auszahlungen abhängig gemacht werden dürfe, sondern der Nachweis einer zugesicherten Beteiligung der Kantone ausreichend sei u.a. weil in einigen Kantonen bis zum Inkrafttreten der Vorlage keine gesetzlichen Grundlagen für die hälftige Mitbeteiligung der Kantone an der Finanzierung bestehen würden.

Die Kantone *AG, AI, BE, BL, BS, GL, LU, NW, SO, TI, UR* und die *GDK* beurteilen die Ausgestaltung der dual zu gewährenden Finanzhilfen kritisch, da mehrere Stammesgemeinschaften ein Kantonsgebiet oder umgekehrt eine Stammesgemeinschaft mehrere Kantone abdecken könnten. Dies bedinge eine Koordination in der Gewährung von Finanzhilfen zwischen Bund und Kantonen und unter den Kantonen. Dadurch werde die Einführung einer Übergangsfinanzierung zusätzlich erschwert. Es stelle sich daher die Frage, weshalb der Bund nicht direkt die finanzielle Verantwortung für die Übergangsfinanzierung sicherstellt, da er ja auch die Rahmenbedingungen und Regeln für den Betrieb definiere.

Die Kantone *BE* und *TI* fordern, dass eine finanzielle Beteiligung der Krankenversicherer an der Finanzierung in Betracht gezogen werden sollte. Die Organisationen *ADTG, IG eHealth* und *SDV* fordern, dass sich auch Dritte im Sinne der Finanzhilfen beteiligen können.

Die *GRÜNEN* und der finden, dass die Kantone zu einer deutlich höheren Beteiligung verpflichtet werden sollten, da das Gesundheitswesen in ihrer Kompetenz liege.

Die *CVCI* fordert, dass auch der vom Kanton zu leistende Betrag pro EPD bestimmt werde.

Interpharma vermisst eine Lösung für den Fall, dass einige Kantone ihren Verpflichtungen nicht nachkommen sollten.

scienceindustries und *SDA* sind der Ansicht, dass die Übergangsfinanzierung nicht von der hälftigen Beteiligung der Kantone abhängig gemacht werden solle.

Der *SSR* findet die Idee gut, weist jedoch in seiner Stellungnahme darauf hin, dass das Vorgehen zu kompliziert sei und nicht funktioniere.

3.2.2.3.5 Rückwirkung der Finanzhilfen

Die Kantone *AG, BE, BS, FR, GE, JU, NW, VS, ZH*, die *GDK*, die Organisationen *ARTISET, SBK, scienceindustries, SDV*, sowie *CARA* und die *KSG* begrüssen den Vorschlag bzw. finden, es sei von entscheidender Bedeutung, die Finanzhilfen rückwirkend auszugestalten. Dies auch deshalb, weil dadurch die Stammgemeinschaften gefördert würden, die bisher die grössten Anstrengungen unternommen hätten. Durch die rückwirkende Auszahlung der Finanzhilfen könne zudem verhindert werden, dass die Stammgemeinschaften mit Investitionen in die Verbreitung des EPD bis zum Inkrafttreten der Vorlage zur Übergangsfinanzierung zuwarteten. Auch die Organisationen *IG eHealth, SHV* und die *Post* begrüssen den Vorschlag, die Finanzhilfen rückwirkend auszugestalten, jedoch sei die Rückwirkung bis Anfang 2022 zu begrenzen.

3.2.2.3.6 Beschränkung Höchstbetrag

Die Kantone *AG, BE, BL, BS, LU, SO, TI, UR*, die *GDK*, und *CH++* geben zu bedenken, dass die Beschränkung des Höchstbetrags pro Stammgemeinschaft auf 15 Millionen Franken ein Hindernis für allfällige Fusionen von Stammgemeinschaften sein könne.

Der *SVDG* und die *VGI.ch* fordern, dass gegebenenfalls ein höherer wiederkehrender Betrag als 30 Millionen Franken über 5 Jahre vorzusehen sei.

3.2.2.3.7 Diverses

Die *SP* und der *DVSP* finden es wichtig, dass das bereits bestehende, dezentral organisierte System mit der vorgesehenen Übergangsfinanzierung als Grundlage anerkannt wird, damit darauf aufgebaut und es vor allem verbessert werden könne. Sie weisen darauf hin, dass auch die Stammgemeinschaften in die Pflicht genommen werden müssen, den Prozess der Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers für die Patientinnen und Pateinten zu vereinfachen. Zudem müssten sie auch davon absehen, dass sich die Leistungserbringenden mit einem hohen Mitgliederbeitrag an der Stammgemeinschaft beteiligen müssten.

ARTISET begrüsst die Absicht, dass die Umsetzung mit minimalem administrativem Aufwand umgesetzt werden soll. Sie hält das vom Bundesrat vorgeschlagene Gesuch- und Verfügungsverfahren betreffend Finanzhilfen des Bundes für in dieser Hinsicht grundsätzlich zielführend. Sie ist mit dem vorgeschlagenen Kürzungsmechanismus der Finanzhilfen einverstanden, wenn die finanziellen Mittel nicht ausreichen, um allen gesuchstellenden Stammgemeinschaften die volle Finanzhilfe zu gewähren. Auch unterstützt *ARTISET* das vorgeschlagene Auszahlungsverfahren der Finanzhilfen des Bundes, da dieses tatsächlich vermeide, dass ein Zuwarten der Stammgemeinschaften und der Leistungserbringer bis zum Beschluss des BAG über die Finanzhilfen entstehe.

santésuisse schlägt vor, dass der Bund Voraussetzungen und Anforderungen an die Verwendung der Finanzhilfen festlegt oder festlegen kann (Zweckbindung). Dies soll nach der Identifikation der prioritären Finanzierungsbedürfnisse wie beispielsweise der EPD-Eröffnung (online, Eröffnungsstellen), der Herausgabe der IDM oder der Anbindung der ambulanten Leistungserbringer erfolgen.

3.2.2.4 Einwilligung

Die Kantone *AG, AI, BE, BL, FR, GE, JU, SG, SO, LU, NE, NW, UR, VS, ZH*, die *GDK*, die Parteien *Die Mitte, FDP, SP*, der *SGB*, die Organisationen *DVSP, FRC, SKS, ADTG, ARTISET, ASPS, H+, IG eHealth, SBK, scienceindustries, SDV, SHV, svbg, SVDG, VGI.ch, vsao, santésuisse, axsana, CARA, eSANITA, KSG, Post* sowie der *SSR* unterstützen bzw. begrüssen die Vereinfachung des Einwilligungsprozesses für die Eröffnung eines EPD.

Die Kantone *FR*, *VS* und *CARA* führen aus, dass diese Methode sowohl einfacher für die Patientin oder den Patienten sei und auch die Sicherheit erhöhe, da handschriftliche Unterschriften relativ leicht gefälscht werden könnten, während eine Identifizierung, z. B. mit einem IDM, welches die Zwei-Faktoren-Authentisierung erfordere, die Zustimmung viel sicherer mache. Der Kanton *SH* begrüsst, dass vollumfänglich an der zwingenden Zustimmungsvoraussetzung auf der Basis ausreichender Information festgehalten wird. So werde der grundrechtlich geforderten informationellen Selbstbestimmung Rechnung getragen. *ARTISET* begrüsst, dass die Einwilligung der Patienten und Patientinnen zur Eröffnung eines EPD ausdrücklich geäussert und jederzeit nachweisbar sein müsse. Der Kanton *FR* und *CARA* unterstützen den Grundsatz der Technologieneutralität im Gesetz.

3.2.3 Generelle Positionen gegen die Vorlage

Kantone

Der Kanton *BE* merkt an, dass das Ziel, die Anzahl EPD zu erhöhen, wesentlich schneller und günstiger erreicht werden könnte, wenn zur Eröffnung von EPD die bestehenden rund 6,5 Millionen Corona-Impfdossiers – nach Einwilligung durch die Patientinnen und Patienten – übertragen und genutzt würden. Dies wäre effektiver als jede Finanzhilfe.

Der Kanton *GR* führt aus, dass die vorgesehene finanzielle Unterstützung zur Eröffnung von neuen Dossiers die fehlende Praxistauglichkeit des EPD nicht behebe.

Der Kanton *LU* beurteilt die Zeit bis zur zweiten Revision des EPDG in einem derart dynamischen Umfeld mit einer rasch voranschreitenden Digitalisierung als sehr lange. Es wird befürchtet, dass bis 2027 das Interesse der Bevölkerung am EPD schwindet. Damit bestünden Zweifel, ob mit dieser vorgeschlagenen Finanzhilfe die Zukunft des EPD tatsächlich gesichert werden kann. Nur mit einem noch stärkeren Engagement des Bundes sei das EPD zu retten. Der Kanton *LU* erwartet deshalb, dass der Bund die Planung soweit optimiere, dass eine maximale Frist von drei Jahren für die Übergangsfinanzierung angestrebt werden könne.

Inhaltlich überzeugt die Vorlage den Kanton *TG* nicht. Die Bundesfinanzierung von bis zu 15 Franken pro EPD werde an die Bedingung geknüpft, dass sich die Kantone in mindestens gleicher Höhe an den jährlichen Kosten der Stammgemeinschaften für den Betrieb und die Weiterentwicklung des EPD beteiligen. Damit solle ein Anreiz für die Stammgemeinschaften geschaffen werden, die Verbreitung des EPD voranzutreiben. Die Stammgemeinschaften würden aber gerade zu diesem Zweck gegründet. Es sei nicht nachvollziehbar, dass für die Erfüllung der Kernaufgabe ein zusätzlicher Anreiz geschaffen werden soll. Der Kanton *TG* bezweifelt, dass dieser Anreiz für eine Verbreitung des EPD sorgen wird.

Parteien

Die Mitte stellt sich die Frage, weshalb es nach der ersten Anschubfinanzierung eine erneute finanzielle Unterstützung für das bestehende EPD braucht. Die Stammgemeinschaften sollten grundsätzlich genügend Zeit gehabt haben, ihr Angebot auf nachhaltige finanzielle Grundlagen zu stellen.

Obwohl die *FDP* die Ansicht des Bundesrates, wonach die Vorlage zur Übergangsfinanzierung rasch in Kraft treten muss, teilt, findet sie, dass all jene Anpassungen, die politisch nicht oder kaum umstritten sind, aufgenommen werden sollten (siehe dazu die Ausführungen zu den Motionen 19.3955 und 22.3015 in Ziffer 6).

Die *SP* findet die aktuelle Situation rund ums EPD bedauerlich. Sie trage zur dringend notwendigen Digitalisierung im Gesundheitswesen wenig bei. Die in einer zweiten Phase angekündigten Anpassungen seien zwingend notwendig. Damit das EPD seinen Zweck erfolgreich erfüllen könne, seien folgende Faktoren entscheidend: Einfaches Onboarding, nutzenbringende Inhalte, angeschlossene Leistungserbringende (Verpflichtung), angeschlossene Patientinnen und Patienten (Opt-Out) und funktionierende Interoperabilität. Leider reiche die aktuelle Vorlage zu wenig weit, um die Faktoren für ein für alle erfolgreiches EPD zu begünstigen.

Die *SVP* lehnt die Vorlage kategorisch ab, da es in der aktuell angespannten finanziellen Lage der Bundesfinanzen und aufgrund der Tatsache, dass eine kostendeckende Reform

des EPD in weiter Ferne liege, unverantwortlich sei, 30 Millionen Franken an Steuergeldern in ein defizitäres Programm ohne vorhandene Nachfrage in der Bevölkerung zu investieren.

Patienten- und Konsumentenorganisationen

Der *ACSI* zeigt sich besorgt über die Tatsache, dass weder die vorliegende Vorlage für die Übergangsfinanzierung noch die umfassendere Revision des EPDG eine Verbesserung der Governance-Mechanismen anzustreben scheint. Sie vermisst die Beschreibung dieses Sachverhalts im erläuternden Bericht.

Fachorganisationen

Die *BEKAG* erachtet die Orientierung der Höhe der Finanzhilfen an den Kosten für ein effizient herausgegebenes IDM nach EPDG als einen falschen Ansatz. Die Vorlage sei in jeglicher Hinsicht ungenügend. Sie löse kein einziges der vorliegenden akuten Probleme. Der Komplex «Praxisinformationssysteme (PIS) – Krankenhausinformationssysteme (KIS) – Gemeinschaften – Stammgemeinschaften» bildeten funktionell ein Ganzes, das auch als solches finanziell umfassend unterstützt gehöre. Die *BEKAG* lehnt deshalb die Finanzhilfe in der Form der Abgeltung pro existierendes Patientendossier aus folgenden Gründen ab: Der Betrag decke nur einen Teil aller bei Eröffnung anfallenden Kosten auf allen Stellen ab. Die *BEKAG* bezweifelt, dass mit der Fokussierung auf die Anzahl eröffneter Patientendossiers das Ziel der notwendigen und gewollten finanziellen Sicherung des Betriebes einer Stammgemeinschaft erreicht werden kann. Sie führt weiter aus, dass ausser Acht gelassen werde, dass die in der Praxis arbeitenden Grundversorger und Spezialärzte der massgebende und unverzichtbare Multiplikator für eine flächendeckende Einführung und Funktionalität des EPD seien. Das Ziel sei in erster Linie eine breite Einführung von funktionierenden und nutzenstiftenden elektronischen Patientendossiers, welche unter vielen ambulanten und stationärer Leistungserbringer vernetzt seien. Die niedergelassene Ärzteschaft stellen neben den Spitälern den wichtigsten Block der Stammgemeinschaftsmitglieder dar. Unberücksichtigt bleibe der Aufwand für die Umstellung der herkömmlichen Dokumentation auf ein vernetzungstaugliches PIS und die kontinuierliche Pflege und Bestückung des EPD durch die GFP und der vermehrte Aufwand für den technischen Unterhalt, die Schulung und die wiederkehrenden Audits, etc. Die *BEKAG* bemängelt weiter den Ausschluss der Gemeinschaften von der Übergangsfinanzierung. Dies deshalb, da die Gemeinschaften zum Hauptzweck der Digitalisierung im medizinischen Alltag zwischen niedergelassenen Ärzten unter sich und anderen ambulanten Leistungserbringern beitragen. Ausserdem dienen Gemeinschaften auch dem Datenverkehr zwischen Spitälern als Transportschiene für Business-to-Business (B2B) Anwendungen (Zusatzdienste). Deshalb seien Gemeinschaften unverzichtbare Akteure, da das EPD technisch nur bedingt für die oben beschriebenen Funktionen gebaut sei und die Realisation der EPD-B2B-Bridges (nur) auf dem Papier stünden. Der Anschluss an eine Gemeinschaft erfülle die gesetzlichen Vorgaben, sei preisgünstig und werde deshalb von ambulanten Leistungserbringern bevorzugt. «PIS – KIS – Gemeinschaften – Stammgemeinschaften» bildeten funktionell ein Ganzes, das auch als solches finanziell umfassend unterstützt gehöre. Die *BEKAG* bemängelt weiter, dass die Vorlage ausklammere, dass neben den Wunschzielen «Qualitätssteigerung und Kosteneindämmung im Bereich der Krankenversicherung», die Einführung des EPD per se und die unabdingbare Ergänzung durch B2B-Zusatzdienste in der Folge zu einem substantiellen, durch Studien belegte Kostenanstieg der Praxiskosten führen werde, ohne dass die Arzttarife in der ambulanten Versorgung angepasst würden. Die tiefe Integration soll deshalb durch den Bund und die Kantone vorfinanzieren werden. Sonst werde die digitale Verbesserung des Gesundheitswesens nur unnötig um weitere Jahre in die Zukunft verschoben.

Die *FMH* erachtet die Orientierung der Höhe der Finanzhilfen an den Kosten für ein effizient herausgegebenes IDM nach EPDG als falschen Ansatz. Der vorgesehene Betrag von 15 Franken pro eröffnetes Dossier könne daher allenfalls einen Deckungsbetrag für die Aufwände sein, die bei einer Eröffnung anfallen.

Die *FMH*, die *BEKAG* und die *IPAG* führen an, dass die beabsichtigte Zielsetzung der Erhöhung der Anzahl eröffneter Dossiers nur begrenzt wirksam sei. Ausgehend davon, dass das EPD nur einem bestimmten Teil von Patientengruppen einen Mehrwert biete, sei mit einer

hohen Anzahl von nicht bewirtschafteten Dossiers zu rechnen. Dies zeigten Erfahrungen von Personal Health Records aus dem Ausland, die einen ähnlichen Ansatz wie in der Schweiz verfolgten.

H+ ist der Auffassung, dass mit der Teilrevision des EPDG nicht viel mehr als Kosmetik betrieben werde und die drängendsten Fragen über das EPD in weite Ferne verschoben würden. Die Übergangsfinanzierung vermöge vielleicht die Stammgemeinschaften am Leben zu erhalten, zementiere aber gleichzeitig eine verunglückte Architektur über mehrere Jahre hinaus. *H+* führt aus, dass die aktuelle Architektur des EPD in der Umsetzung kompliziert und sobald viele Daten im EPD erfasst sind, nicht wie gewünscht funktionieren werde. Für ein funktionierendes EPD brauche es aber dynamische, zentral abgelegte Daten. Dafür brauche es jedoch eine neue Architektur. Mit der Annahme der Motion 22.3015⁷ habe der Bundesrat den Systemwechsel im Grunde genommen bereits vorweggenommen. *H+* regt deshalb in ihrer Stellungnahme dazu an, dass dieser Systemwechsel mit der aktuellen Teilrevision wenigstens eingeleitet wird. *H+* empfiehlt, dass die für Sommer 2023 vorgesehene umfassende Vernehmlassung nicht nur für die Inkraftsetzung eines revidierten EPDG im Jahr 2027, sondern auch für rasch anzugehende, tiefgreifende Systemkorrekturen benutzt werde. Insbesondere seien Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, welche die doppelte Freiwilligkeit (z. B. Opt-out) auflösen und die verschiedenen Systeme miteinander arbeiten liessen (Interoperabilitäts-Standards) und mittelfristig zu strukturierten Datenablagen führten. Weiter wäre es gemäss *H+* essentiell, dass das EPD den B2B Prozess unterstütze und erlaube. Demzufolge soll in der jetzigen «Übergangslösung» schon angedacht werden, dass nur Daten und Dokumente gesperrt werden könnten, jedoch grundsätzlich ein Zugang für Leistungserbringende besteht und dieser Zugang mit dem Behandlungsauftrag zu begründen ist. Hierfür könnte vermehrt mit Verordnungen gearbeitet werden. Damit würde der langwierige Gesetzesänderungsprozess nicht respektive weniger blockierend wirken. *H+* bezweifelt weiter, dass die Übergangsfinanzierung einen genügenden Anreiz darstelle, damit bis 2027 2 Millionen EPD eröffnet werden. Zur Eröffnung eines EPD brauche es nicht nur einen Anreiz auf Seiten der Stammgemeinschaften, sondern auch und vordringlich auf Seiten der Patientinnen und Patienten sowie der Leistungserbringer (Spitäler und niedergelassene Ärzte). Dieser Aspekt werde vollständig ausser Acht gelassen. *H+* führt zudem aus, dass gemäss Informationen des BAG/Bundesamtes für Statistik nur 112 von 276 Spitälern (41%) an das EPD angeschlossen (Stand 13.01.2023) seien. Die Gründe dafür seien zweifellos vielfältig und sollten in einem technischen Austausch mit Vertretern von *H+*, unimeduisse, BAG und GDK analysiert werden. Die Ergebnisse dieses Austauschs müssten zwingend in die Teilrevision des EPDG einfließen. Es könne aber jetzt schon mit Bestimmtheit festgehalten werden, dass auch seitens Leistungserbringer finanzielle Anreize unabdingbar sein werden. Die Einführung des EPD in den Spitälern habe Aufwände in rund zweistelliger Millionenhöhe verursacht, ohne dass diese Leistung auch nur ansatzweise - - durch welchen Kostenträger auch immer - entschädigt worden wäre - und ohne den geringsten Nutzen für die Patienten generiert zu haben. In welcher Art und Höhe die finanziellen Anreize für die Spitälern ausgestaltet werden sollten, könne zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden. Grundsätzlich hält *H+* mit Nachdruck fest, dass der Vorschlag des EDI bezüglich der Finanzierung nicht weit genug geht. Unabhängig davon, dass es sich um einen Service Public handelte, seien mit einer Teil-Übernahme der Eröffnungskosten die eigentlichen Betriebskosten zur Führung und Abfüllung des EPD, welche nicht in den Stammgemeinschaften, sondern in den Gesundheitseinrichtungen anfallen, nicht gedeckt. *H+* erachtet die Betriebskosten als den wirklich aufwändigen Teil und erwartet dort eine grundsätzlich andere Position des EDI. Zudem werde das EPD und seine permanente Weiterentwicklung auch in den spitalinternen Systemen weitere Zusatzkosten auslösen. Diese müssten durch abrechnungsfähige Leistungspositionen in den bestehenden Finanzierungssystemen gedeckt werden können. Generell könne gesagt werden, dass die Spitälern finanziell ohnehin schon unter Druck seien, und es nicht nachvollziehbar sei, dass zwar Stammgemeinschaften vom Bund und den Kantonen unterstützt werden sollen, damit aber die Spitälern noch mehr unter Druck kommen.

Die *SGMI* kritisiert insbesondere die fehlende Wertschöpfung/ Nutzenstiftung und die komplizierten Prozesse um die Registrierung und die Identifikation. Weder würden die umgesetzten

⁷ Motion xxx

Lösungen breit von den GFP akzeptiert, noch herrsche eine grosse Nachfrage seitens Patienten. Das Ziel, ein digitales Ökosystem zur Effizienzsteigerung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu erreichen, rücke mit dem aktuellen Stand der EPD-Funktionen nicht wirklich näher, unter anderem, weil auf eine strikte Trennung von EPD und B2B Prozessen geachtet werde. In Sachen Finanzierung werde eine schon fast hoffnungslos unterfinanzierte Variante gewählt. So müsse in Anbetracht der gesprochenen Mittel und der getroffenen Massnahmen die Umsetzung unter dem Motto «too little, too late» taxiert werden, was es zu ändern gelte. Bevor die umfassende EPDG Revision anstehe, müssten mit den aktuellen Anpassungen zeitnahe und relevante Verbesserungen erzielt, die Nutzenstiftung ins Zentrum gestellt und Aktivitäten aller Beteiligten entgolten/vergütet/entschädigt werden. Werde eine zeitnahe Optimierung mit einem Zeithorizont von 1 bis maximal 1.5 Jahren verfehlt, würden private Anbieter das EPD überholen und die durchaus teilweise auch wichtigen und guten Basis-Errungenschaften des EPD obsolet machen, was es zu verhindern gelte. Der Fokus müsse entsprechend auf einem auf Incentives und Prozess-Orientierung ausgerichteten Revisionsprozess liegen. Nur mit zeitnah verfügbaren, spürbaren und effektiven Verbesserungen der Rahmenbedingungen könne ein Lawineneffekt zur breiten EPD-Nutzung erzielt werden. Finanzielle Incentives müssten Visions-gerecht ('you get what you pay for') erfolgen aber gleichzeitig auch an klare Bedingungen geknüpft werden. Diese Bedingungen sollen nicht nur an einfach messbare Grössen (Bsp. Neu-Eröffnungen) geknüpft sein, sondern sich auf die Wertschöpfung / Nutzenstiftung fokussieren wie beispielsweise auf ganzjährig betriebene Dossiers oder auf von einer Stammgemeinschaft angebotene, vollständig funktionale Elemente (Impfdossier, Medikationsplan etc). Es stehe ein kurzes Zeitfenster zur Verfügung, um die an sich guten Grundlagen (wie die eindeutige Identifikation von Patienten und GFP und die definierten und erprobten Austauschformate) auch mit genügendem Nutzen zu verwenden. So wären eine einfache Registrierung und Bedienung des EPD und eine pragmatische Umsetzungen von Rahmenbedingungen sowie ein strikter Fokus auf B2B Prozesse unabdingbare Eckwerte der nächsten Schritte.

Die *SMVS* bemängelt, dass bisher nicht nachgewiesen worden sei, dass das EPD qualitativ hochwertige Gesundheitsleistungen gewährleistet und die Kosten im Bereich der Krankenversicherung eindämme. Das EPD habe bisher bloss gezeigt, dass es nicht in der Lage ist, die Partner zusammenzubringen und als Arbeitsinstrument zu dienen. Für die *SMVS* zeigt dies einmal mehr, dass eine mangelnde Partnerschaft mit den Leistungserbringern zu bürokratischen, unangemessenen und unbrauchbaren Projekten führt. Solange das EPD nur unter dem Gesichtspunkt der Sicherheit und des Datenschutzes betrachtet werde, ohne wirklich darüber nachzudenken, dass es in erster Linie ein Arbeitsinstrument sein müsse, sei jede zusätzliche Finanzierung nur eine Verschwendung, die zu den bereits heute verschwendeten riesigen Beträgen noch hinzukomme. Die *SMVS* kommt in ihrer Stellungnahme zum Schluss, dass eine zusätzliche Finanzierung die strukturellen und funktionalen Mängel des EPD nicht beheben kann, ohne dass auch tiefgehende Überlegungen zu seinen Funktionen und dringende Anpassung nicht behoben würden. Nur so könne das EPD im Alltag der medizinischen Praxis verwendet werden. Unter Berücksichtigung der Bemühungen einiger Gemeinschaften, bestimmte Punkte des EPD aufzuwerten, z.B. durch die Implementierung eines Medikationsmoduls oder gemeinsamer Pflegepläne, könne eine zusätzliche Finanzierung gerechtfertigt sein. Der vorgeschlagene Betrag von 15 Franken pro eröffnetes Patientendossier zugunsten der Stammgemeinschaften bezeichnet *SMVS* als lächerlich und weist darauf hin, dass dieser keinerlei Auswirkungen auf die Ablehnung des EPD durch die Bevölkerung oder die Partner haben werde. Die *SMVS* weist darauf hin, dass die Finanzierung des EPD, einschliesslich seines Betriebs, nicht dauerhaft durch diese Art der Finanzierung bei der Eröffnung eines Dossiers gesichert sei. Da das EPD an sich kein tragfähiges Geschäftsmodell für Stammgemeinschaften und Gemeinschaften sei und zu befürchten sei, dass die langfristige Finanzierung den Gesundheitsdienstleistern angelastet wird, dürfe die Finanzierung des Betriebs unter keinen Umständen auf die Gesundheitsfachpersonen abgewälzt werden (z.B. in Form von höheren Beiträgen). Es müsse sichergestellt werden, dass die finanzielle Unterstützung für die Verwaltung der Akten durch die GFP berücksichtigt würden. Ambulante Arztpraxen seien mit einem erheblichen zusätzlichen Arbeitsaufwand für die Bereitstellung behandlungsrelevanter Daten konfrontiert, sowohl durch die Verwaltung des EPD selbst als auch durch die Schulung der Mitarbeiter. Sie stellt die Frage, wie es mit einer finanziellen Unterstützung der Gesundheitspartner aus, für die die Implementierung des EPD aussehe.

Weitere Organisationen, interessierte Kreise

Dr. med B. Gafner lehnt die Finanzhilfe in der Form der Abgeltung pro existierendes Patientendossier aus denselben Gründen wie die *BEKAG* ab.

CH++ ist der Ansicht, dass mit der vorliegenden Revision eher Symptombekämpfung betrieben, und nicht die eigentlichen Ursachen der Probleme angegangen werde. Dies sind der Mangel an finanziellen und nicht-finanziellen Anreizen sowie der mangelnde wirtschaftliche Nutzen, der durch die fehlenden Anwendungsfälle (wie z.B. e-Medikation oder e-Impfung) entsteht. Bei diesen Anwendungsfällen beschränke man sich derzeit auf die Definition von Austauschformaten, ohne die Prozesse zu adressieren, durch die alleine ein Mehrwert generiert werden könnte. Das EPD funktioniere heute technisch (derzeit innerhalb der Gemeinschaftsgrenzen), aber die Stammgemeinschaften hätten nicht die Mittel, um die Inhalte zu entwickeln, obwohl dies eine Priorität wäre. Daher sollte diese Gesetzesrevision mit einer Verpflichtung ergänzt werden, sich an Prozessen wie der Aktualisierung des Medikationsplans, der Validierung des Impfpasses, usw. zu beteiligen.

Die *EKK* bezweifelt, dass die Patienten die Rolle, die ihnen das EPDG zuweist, ohne Weiteres erfüllen können. Von den Patienten werde nämlich verlangt, dass sie im Gesundheitssystem viel aktiver seien; dies sei im Hinblick auf das Konzept der Smartermedecine zwar eine gute Idee, welche jedoch ohne die Unterstützung aller Akteure im Gesundheitssystem kaum zu realisieren sein werde. Eine solche Unterstützung sei mit den nun vorgeschlagenen Änderungen des EPDG derzeit aber aus verschiedenen Gründen nicht gewährleistet.

4 Stellungnahmen zu den einzelnen Bestimmungen

Nachfolgend sind nur die spezifischen Rückmeldungen, das heisst kritische oder ablehnende Stellungnahmen sowie Ergänzungs- und/oder Änderungsvorschläge, zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen dargestellt. Stellungnahmen, in denen eine explizite Zustimmung zu einem bestimmten Artikel geäussert wird, sind nicht aufgeführt.

4.1 EPDG

4.1.1 Ingress

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,

gestützt auf die Artikel 95 Absatz 1, 117 Absatz 1 und 122 Absatz 1 der Bundesverfassung,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrats vom 29. Mai 2013,

beschliesst:

Der Kanton *TG* bemängelt, dass – zur Legitimierung der Finanzhilfe des Bundes – im Ingress des EPDG Artikel 117 Absatz 1 BV aufgeführt wird, so dass das EPD, entgegen der heutigen Konzeption, als Instrument der Krankenversicherung betrachtet werden könne. Dieser Bezug sei konstruiert und es fehle an einer verfassungsmässigen Grundlage für die staatliche Mitfinanzierung des EPD.

ARTISET empfiehlt, die Betrachtungen des Bundesrates über die Verfassungsmässigkeit der Gesetzgebung des Bundes über das EPD und die damit verbundenen Finanzhilfen des Bundes mit grosser Vorsicht zu betrachten: Das Konstrukt, wonach das EPDG (auch) in Artikel 117 BV eine verfassungsmässige Verankerung haben kann, finde zwar eine politische Begründung in der Notwendigkeit, das Weiterbestehen und die Weiterentwicklung des EPD gewährleisten zu müssen. Formell aber grenze die Verankerung in Artikel 117 BV an eine nachgeholte juristische Trickserei, welche zudem nicht als harmlos einzustufen sei, Dadurch stelle sich der Bund und insbesondere das EDI/ BAG eine markant ausgebaute Vollzugsmacht und entsprechenden Weisungsbefugnisse gegenüber den Kantonen sicher.

Die Organisationen *mfe*, *SGAIM* erachten es als problematisch, dass die Verankerung des EPD im KVG mit den Argumenten der Stärkung der Qualität der medizinischen Versorgung und der Behandlungsprozesse, der Erhöhung der Patientensicherheit, der Erhöhung der Effizienz des Gesundheitssystems und der Förderung der Gesundheitskompetenz der Patienten Steigerung begründet werden soll.

Vielmehr würde der Kern von Artikel 117a der BV darauf abzielen, die medizinische Grundversorgung und insbesondere Haus- und Kinderärzte zu unterstützen. Diese bezweifeln den Mehrwert des EPD in seiner aktuellen Funktionalität ernsthaft und sind vielmehr der Meinung, dass das Geld, das aus Artikel 117a BV resultiert, anders investiert werden sollte; insbesondere in die Nachwuchsförderung von Haus- und Kinderärzten und in die Stärkung der Rahmenbedingungen für diese Berufe.

4.1.2 Art. 1 Gegenstand und Zweck

¹ Dieses Gesetz regelt die Voraussetzungen für die Bearbeitung der Daten des elektronischen Patientendossiers.

² Es legt die Massnahmen fest, die die Einführung, Verbreitung und Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers unterstützen.

³ 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. Es soll damit auch zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung sowie zur Kosteneindämmung im Bereich der Krankenversicherung beitragen.

⁴ Die Haftung der Gemeinschaften, der Stammgemeinschaften, der Portale für den Zugang der Patientinnen und Patienten zu ihren Daten (Zugangsportale), der Herausgeber von Identifikationsmitteln, der Gesundheitsfachpersonen sowie der Patientinnen und Patienten richtet sich nach den auf sie anwendbaren Vorschriften.

4.1.2.1 Absatz 2

Die *EKK* führt aus, dass ein Kulturwandel zwischen GFP und Patienten viel Zeit erfordere. Letztere befänden sich nämlich nicht auf der gleichen Stufe bezüglich der Entscheidungskompetenz wie die GFP. Das aktuelle, bis Ende 2023 geltende Gesetz enthalte in **Absatz 2** eine Bestimmung, wie der Wechsel und die schrittweise Einführung des EPD zu erreichen ist. Mit der Vorlage für die Übergangsfinanzierung werde diesem Aspekt nicht mehr Rechnung getragen, da der Absatz 2 aufgehoben wurde. Die *EKK* ist daher der Ansicht, dass das EPDG den zeitlichen Aspekt bei der Umsetzung dieses erwarteten Kulturwandels besser einbeziehen sollte.

4.1.2.2 Absatz 3

Die *SDA* erachtet es als notwendig, in der Zweckbestimmung bereits auf die sichere und sinnvolle Nutzung der Gesundheitsdaten hinzuweisen, da diese für die Zukunft des Schweizer Gesundheitssystems von zentraler Bedeutung sei. Sie schlägt deshalb folgende Änderung (unterstrichen) von **Absatz 3 erster Satz** vor: «Mit dem elektronischen Patientendossier sollen die Qualität der medizinischen Behandlung gestärkt, die Behandlungsprozesse verbessert, die Patientensicherheit erhöht, die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert, die sinnvolle Datennutzung sowie die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten gefördert werden.»

Die Organisationen *ACSI* und *FRC* finden die Formulierung in **Absatz 3 zweiter Satz** zu restriktiv. Das EPD biete ein grosses Potenzial zur Verbesserung der Versorgungsqualität, aber mehr noch als eine «Kostensenkung» ermögliche es eine bessere «Wirtschaftlichkeit», indem Kostenüberschreitungen durch doppelte und dreifache Untersuchungen, Überverschreibungen von Leistungen oder Medikamenten verhindert werden können. Sie schlagen deshalb folgende Änderung vor: «Es soll damit unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit sowie zur Kosteneindämmung auch zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung im Bereich der Krankenversicherung beitragen.»

Zur Kosteneindämmung gehört laut dem *SDV* auch das Präventionsprinzip. Dazu gehöre auch die Selbstmedikation im Sinne der Kernkompetenz der Drogerien. Der *SDV* schlägt folgende Änderung von **Absatz 3 zweiter Satz** vor: «Es soll damit auch zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung, zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung (Prävention) sowie zur Kosteneindämmung im Bereich der Krankenversicherung beitragen.»

4.1.3 Art. 3 Einwilligung

¹ Für die Erstellung eines elektronischen Patientendossiers ist die ausdrückliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten erforderlich. Die Einwilligung ist nur gültig, sofern die betroffene Person sie nach angemessener Information über die Art und Weise der Datenbearbeitung und deren Auswirkungen freiwillig erteilt. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

^{1bis} Die Stammgemeinschaften müssen die Einwilligung der Patientin oder des Patienten jederzeit nachweisen können.

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

³ Die Patientin oder der Patient kann die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

⁴ Sie oder er kann nicht dazu verpflichtet werden, Daten aus ihrem oder seinem elektronischen Patientendossier zugänglich zu machen.

4.1.3.1 Allgemeine Bemerkungen

Die Kantone *NW* und *SG* sowie die Organisationen *FMH*, *BEKAG*, *mfe* und *SGAIM* weisen darauf hin, dass auch bei der ausdrücklichen Einwilligung die bisherige Informationspflicht inkl. Widerspruchsmöglichkeit bestehen bleiben müsse (informed consent). Ebenso sei die Freiwilligkeit der Einwilligung eine Voraussetzung, dass die Einwilligung überhaupt erteilt werden könne. Auf Verordnungsebene müsse geregelt werden, in welcher Form die rechtsgültige Einwilligung zu erfolgen habe. Die Stammgemeinschaften benötigten zudem für die

Überprüfbarkeit einen rechtlichen Rahmen. Hierbei sei zu berücksichtigen, dass die Einwilligung überprüfbar und nachvollziehbar ist. Sofern die Einwilligung durch die Patientin oder den Patienten erfolge, müsse dies dem Patienten ausgehändigt werden. Mit dieser Zustellung der Einwilligung sei zwingend vorzusehen, dass die Patienten den Vorgang, zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts, nochmals bestätigen (Double-Opt-In). Die *mfe* und *SGAIM* fordern, dass die Umsetzung in allen Kantonen gleich sein müsse.

Die *FRC* und *SKS* weisen darauf hin, dass die vereinfachten Einwilligungsprozesse den höchsten Sicherheitsstandards genügen und Gegenstand eines ständigen Monitorings sein müssten.

Die *ADTG* und *H+* weisen darauf hin, dass trotz der Aufhebung der Schriftform in bestimmten Fällen eine persönliche Vorsprache immer noch erforderlich sei. Bereits heute sei das so genannte Autoident-Verfahren im Zusammenhang mit einer QES nach ZertES zulässig. Das Verfahren verwende die biometrischen Merkmale von Reisepässen einschliesslich der Überprüfung der Übereinstimmung von Person und Angaben auf dem Pass. Es sei davon auszugehen, dass diese Form der Identifikation auch innerhalb der Stammgemeinschaften für die Eröffnung von Dossiers rasch umgesetzt werde. Eine Gesetzesänderung würde somit keine Rolle mehr spielen. Auch *eSANITA* weist darauf hin, dass ein Teil der Bevölkerung bei der EPD-Eröffnung auf persönliche Unterstützung angewiesen sei, so dass auch diese Möglichkeit parallel dazu weiterhin angeboten werden müsse.

ARTISET und der *SBK* betonen, dass es sich bei den Daten im EPD um Gesundheitsdaten und damit um höchstpersönliche und sensible Daten handele. Der *SBK* fordert darum, dass der Datenschutz und der Schutz vor Missbrauch zu jeder Zeit gewährleistet sein müsse und geeignete Massnahmen zum Schutz vor Missbrauch bei der Einwilligung notwendig seien.

Die *IPAG* findet es wichtig, dass die rechtsgültige Einwilligung der Patientinnen und Patienten für die Nutzung des EPD klar geregelt und überprüfbar ist. Sie unterstützt den Vorschlag eines Double-Opt-In-Verfahrens zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts der Patientinnen und Patienten.

4.1.3.2 Absatz 1^{bis}

Der Kanton *TI* macht darauf aufmerksam, dass der Begriff «jederzeit» im digitalen Zeitalter neue Interpretationen zulasse, die das Gesetz bisher nicht vorgesehen hat. Es sei nicht möglich, nachts und ausserhalb der Geschäftszeiten auf jede Anfrage zu reagieren, insbesondere wenn die Einwilligung in Papierform gespeichert sei. Der Begriff «jederzeit» erscheine unverhältnismässig und unnötig. Der Kanton *TI* schlägt folgende Anpassung von **Absatz 1^{bis}** vor: «Die Stammgemeinschaften müssen in der Lage sein, die Einwilligung des Patienten jederzeit auf Anfrage nachzuweisen.» Auch die *SGMI* führt aus, dass der Begriff «jederzeit» in **Absatz 1^{bis}** keinen nennenswerten Mehrwert bringe, wenn ein Nachweis erbracht werden müsse. Die Gefahr bestehe, dass sich daraus Abfragedienste/ technisch aufwändige Lösungen ergeben würden. Die *SGMI* beantragt deshalb die Streichung des Begriffs «jederzeit».

4.1.4 Art. 23a Grundsätze

¹ Der Bund kann Stammgemeinschaften Finanzhilfen für die Sicherstellung der Finanzierung des Betriebs und der Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers gewähren.

² Die Finanzhilfen werden in Form eines festen Betrags pro eröffnetes Patientendossier ausgerichtet. Der Bundesrat legt dessen Höhe fest.

³ Die Finanzhilfen werden nur gewährt, wenn sich die Kantone in mindestens gleicher Höhe an den jährlichen Kosten der Stammgemeinschaft für den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers beteiligen. Die Beteiligung der Kantone muss vor der Einreichung der Gesuche um Finanzhilfen durch die Stammgemeinschaften erfolgt sein.

⁴ Können für den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers andere Bundessubventionen beansprucht werden, so dürfen die gesamten Bundesmittel höchstens die Hälfte der entsprechenden Kosten betragen.

4.1.4.1 Absatz 1

4.1.4.1.1 Allgemeine Bemerkungen

Die *Mitte* kritisiert, dass die duale Ausgestaltung (Finanzierung durch Bund und Kantone) von Finanzhilfen die Stammgemeinschaft der Apothekerinnen und Apotheker (*abilis*) gefährden könnte. Sie findet, dass grundsätzlich allen funktionierenden Stammgemeinschaften Finanzhilfen gewährt werden sollten, beispielsweise indem diese eine Mitfinanzierung in mindestens gleicher Höhe auch von weiteren Akteuren garantieren können.

Die *FDP* befürchtet, dass die gewählte Vorgehensweise zu potenziellen Diskriminierungen von privaten Gemeinschaften führen könnte. Kantone, die eine Gemeinschaft entwickelt oder übernommen haben, könnte daher nicht daran interessiert sein, ein privates Konkurrenzprodukt mitzufinanzieren, obwohl dieses die Bedingungen eigentlich erfüllen würde. Die Verpflichtung müsse deshalb möglichst klar und verbindlich geregelt werden. Dies könne z.B. durch die Einführung eines für die Kantone ebenfalls fixen (minimalen) Beitrags erreicht werden.

economiesuisse führt aus, dass eine Ungleichbehandlung zwischen den von Kantonen gegründeten Stammgemeinschaften und den anderen Stammgemeinschaften zu vermeiden sei. Die Finanzierung des elektronischen Patientendossiers solle in jedem Fall unter den gleichen Bedingungen gewährleistet sein, unabhängig von der gewählten Stammgemeinschaft. Damit hätten alle Stammgemeinschaften die gleich langen Spiesse für den Betrieb und die Weiterentwicklung des EPD.

Die Organisationen *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *pharmaSuisse* und *Sphf* führen aus, dass es für das ganze System keine Rolle spiele, wo der Patient oder die Patientin sein/ ihr Dossier eröffnet hat. Das Gesamtsystem profitiere von mehr Patientinnen und Patienten mit eröffneten Patientendossiers. Diesbezüglich sollte der Betrieb und die Eröffnung von neuen Dossiers gefördert werden. Eine Finanzierung über sämtliche Kantone müsse gleich auf die kantonalen, überkantonalen und nationalen Stammgemeinschaften verteilt werden und gleichermassen von Bund und Kantonen getragen werden. Sie sehen die Vorlage aus Sicht der Gleichbehandlung problematisch. Die vorgeschlagene Lösung regele lediglich die finanzielle Unterstützung der Stammgemeinschaften, sofern sie bereits durch einen Kanton finanziell unterstützt würden. Der *AAV* führt das Beispiel des Kantons Aargau an, der die Stammgemeinschaft *eHealth Aargau SteHAG* bis heute mit beträchtlichen Beträgen unterstützt. Eine Regelung der finanziellen Unterstützung fehle jedoch komplett. Kantone, die bei der Entwicklung oder dem Betrieb einer Stammgemeinschaft beteiligt seien, hätten kein Interesse daran, andere als ausserhalb dieser Beteiligung finanziell zu unterstützen. Entsprechend würden lediglich diese Stammgemeinschaften von den Beiträgen der Kantone profitieren, während nationaltätige Stammgemeinschaften, wie *abilis*, von den kantonalen Beiträgen nicht berücksichtigt würden. Der *AAV* wirft ein, dass die Tatsache, dass auch Personen oder Organisationen aus einem anderen Kanton die Dienste einer kantonalen Stammgemeinschaft in Anspruch nehmen können, bei der finanziellen Unterstützung nicht ausreichend einbezogen würde. Laut dem *AAV* und den Organisationen *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *pharmaSuisse* und *Sphf* gilt es, diese Ungleichbehandlung zu verhindern. Entscheidend für die finanzielle Unterstützung dürften einzig die effektiv eröffneten Patientendossiers sein. Die zuvor genannten Organisationen führen weiter aus, dass durch die vorgeschlagene Regelung nationale Stammgemeinschaften keine Möglichkeit hätten, ihren Anspruch auf Unterstützung geltend zu machen, weder durch kantonale noch nationale Beiträge. Damit würden nationale Stammgemeinschaften wie *abilis* gegenüber kantonalen Stammgemeinschaften klar benachteiligt. Um die verfassungsmässige Gleichbehandlung zu garantieren, wird eine Anpassung des Artikels 23a EPDG vorgeschlagen. Die vorgeschlagene Formulierung solle die Kantone verpflichten, eine Finanzierung nach Anzahl eröffneten Patientendossiers von Personen mit Wohnort in diesem Kanton an die entsprechende Stammgemeinschaft zu entrichten. Die Kantone sind gemäss diesem Vorschlag selbstverständlich frei, auf die Leistung eines finanziellen Beitrags zu verzichten. Zudem steht die Finanzierung nur zertifizierten Stammgemeinschaften zu, was der *LAV* befürwortet. Laut der *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *pharmaSuisse* und *Sphf* sei das Kriterium des Wohnsitzortes angemessen, da ein Patient oder eine Patientin gemäss EPDG nur einer einzigen Stammgemeinschaft angehören kann und die Interoperabilität zwischen den Stammgemeinschaften eine Voraussetzung für die Zertifizierung und ein wesentliches Element des elektronischen Patientendossiers sei. Schliesslich könne

durch die gleiche Form der Finanzhilfen des Bundes und der Kantone (also ein fester Betrag pro eröffnetem EPD) leicht sichergestellt werden, dass die kantonalen Finanzhilfen mindestens gleich hoch seien wie die des Bundes. Das geltende EPDG scheine es dem Bund nicht zu ermöglichen, die Kantone zur finanziellen Unterstützung der Stammgemeinschaften zu verpflichten. Aber es hindere den Bund nicht daran, Vorgaben für die Finanzierung des Betriebs und die Weiterentwicklung der Stammgemeinschaften zu definieren. Durch diese Kriterien könne der Bund die Einhaltung des Gleichbehandlungsprinzips sicherstellen, wie er dies beispielsweise beim Covid-19-Gesetz ebenfalls gemacht habe. Subsidiär, unter der Annahme, dass der Bund weder die Kantone zur Finanzierung des EPD verpflichten noch Kriterien für die Finanzierung der Stammgemeinschaften durch die Kantone festlegen könne, müsse das EPDG eine Gleichbehandlung der Stammgemeinschaften gewährleisten. Da davon auszugehen sei, dass die Kantone keine finanzielle Unterstützung an nationale Stammgemeinschaften leisten würden, wenn sie nicht dazu verpflichtet seien, sei im Falle von nationalen Finanzhilfen eine Auszahlung anteilig der im Kanton eröffneten Patientendossiers den tätigen Stammgemeinschaften unabhängig der finanziellen Beteiligung des Kantons zu gewähren.

Die Organisationen *CLPh* und *Sphf* führen aus, dass der Kanton Freiburg eine interkantonale Vereinbarung unterzeichnet habe, die die Entwicklung der CARA-Plattform begünstige und weitgehend finanziere. In der Praxis seien die Leistungserbringer nicht motiviert, sich an der Entwicklung und den Registrierungen zu beteiligen. So würde eine Gleichbehandlung die aktive Beteiligung der Apotheker am Datenaustausch durch das EPD stark begünstigen. Zur Erinnerung führt sie an, dass ein grosser Teil der Apotheker der Stammgemeinschaft *abilis xHealth* angeschlossen sei und bereits von einer optimalen Integration von *abilis EPD* in ihre Primärsysteme profitiere. Es stelle sich ihr die Frage, wie man ein Tool im Gesundheitswesen einsetzen könne, wenn es bei den Anbietern, die es nutzen sollten, nicht auf Interesse stosse, oder schlimmer noch, wenn es sie Zeit und Geld koste, um es zu nutzen, obwohl es eine Alternative gebe. Und: wie soll das Interesse der Patienten geweckt werden, wenn die Leistungserbringer nicht davon überzeugt seien und nicht in den Prozess einbezogen würden? Die Interoperabilität müsse gewährleistet sein und die Gleichbehandlung ebenfalls, was in den Westschweizer Kantonen, die der interkantonalen CARA-Vereinbarung unterliegen, nicht der Fall sei. Laut *CLPh* und *Sphf* sei dies ein klares Hindernis für die freie Wahl des Patienten und eine erhebliche Bremse für die Entwicklung des EPD-Projekts.

Die Organisationen *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *pharmaSuisse* und *Sphf* vermissen die Finanzierung der Gesundheitsdienstleister. So würden Anpassungen an deren IT-Systemen für die erforderliche Interoperabilität nicht abgegolten. Bei der elektronischen Gesundheitsakte in Österreich (ELGA) seien ebenfalls die Gesundheitsdienstleister und ihre Primärsystemhersteller bei der Weiterentwicklung berücksichtigt worden, so dass neue Services, wie die E-Medikation etabliert werden konnten. Diese Finanzierung der Systeme fehle gänzlich in der Vorlage. Nur so könne sichergestellt werden, dass flächendeckend neue Services implementiert würden.

Die *ADTG* bemängelt, dass die Übergangsfinanzierung ausschliesslich den Stammgemeinschaften vorbehalten sein werde. Dies stelle eine Ungleichbehandlung gegenüber der nationaltätigen Gemeinschaft und Stammgemeinschaft dar. Die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten ende nicht an den Kantonsgrenzen. Bereits heute müssten Gesundheitseinrichtungen, die in mehreren Kantonen tätig seien, sich unterschiedlichen Stammgemeinschaften anschliessen. Überregionaltätige Gemeinschaften oder Stammgemeinschaften seien für solche Gesundheitseinrichtungen attraktiv, da ansonsten unverhältnismässig hohe Kosten für die organisatorische und technische Anbindung an die jeweilige Stammgemeinschaft anfielen. Mit dieser Vorlage werde somit ein Wettbewerb geschaffen, der nicht zum Ziel habe, das EPD zu verbreiten. Die *ADTG* fordert deshalb, dass auch Gemeinschaften und überregionale Stammgemeinschaften Finanzhilfen in Anspruch nehmen können.

ARTISET lehnt ab, dass die Finanzhilfen des Bundes nur gewährt werden, wenn sich die Kantone in mindestens gleicher Höhe an den jährlichen Kosten der Stammgemeinschaft für den Betrieb und die Weiterentwicklung des EPD beteiligen. Durch einen solchen Mechanismus würden gewisse Stammgemeinschaften (inkl. der ihnen angeschlossenen Alters- und Pflegeinstitutionen) benachteiligt. Zur Illustrierung führt *ARTISET* an, dass der Kanton Graubünden bis anhin ein Engagement im Rahmen der Stammgemeinschaft *eSANITA* abgelehnt habe.

So würde der kantonale Anteil der fraglichen Kosten dieser Stammgemeinschaft von diesem Kanton nicht vergütet – der kantonale Anteil z.B. für die Stammgemeinschaften Emedo und axsana dagegen schon. Angesichts des dringenden Handlungsbedarfs zur Verbreitung des EPD und auch, damit alle Stammgemeinschaften finanziell gleichbehandelt würden, sei es sinnvoll, die Finanzhilfen von Bund und Kantonen nach einem gleichbehandelnden Verteilungsschlüssel zu erteilen. Deswegen plädiert *ARTISET* für eine differenzierte Gewichtung des Subsidiaritätsprinzips der föderalistischen Staatsordnung im vorliegenden Rahmen. Mit Rücksicht auf die vordergründige Zuständigkeit der Kantone für die Belange im Gesundheitsbereich seien die Kantone zur Mitfinanzierung der Stammgemeinschaften zu verpflichten. Damit durch diese fehlende Verpflichtung aber keine unangenehmen Folgen für die Stammgemeinschaften hätten, müsse die ersuchende Stammgemeinschaft vom Betrag der kumulierten Finanzhilfen (Anteile) von Bund und Kanton profitieren können. Aus diesem Grund müsste der Bund den Gesamtbeitrag der kumulierten Finanzhilfen allenfalls ausschütten – und der Kanton würde ihm den Betrag seines eigenen Anteils schulden, wenn er seine Auszahlung unrechtmässig verzögerte.

Aus Sicht der *BEKAG*, *FMH*, *IPAG* und *mfe* bedeutet der Ausschluss der Gemeinschaften von der Übergangsfinanzierung einen Eingriff in die marktwirtschaftliche Entwicklung zugunsten der Stammgemeinschaften. Aus Sicht der Patienten sei der Dreh- und Angelpunkt für die Informationen in einem Dossier die Hausärzteschaft und die ambulant tätige Ärzteschaft, welche überwiegend in der einzig zertifizierten Gemeinschaft (AD Swiss) an das EPD angeschlossen sei. Die ambulante Versorgung orientiere sich nicht an Kantonsgrenzen. Gruppenpraxen oder Praxisketten könnten sich über mehrere Kantone verteilen und betreuten Patienten und Patientinnen aus verschiedenen Kantonen. Gleiches treffe auf Gesundheitseinrichtungen bspw. der Rehabilitation zu, die in mehreren Kantonen tätig sind. Der Anschluss einer Gesundheitseinrichtung an mehrere Stammgemeinschaften sei aus organisatorischer und finanzieller Sicht inakzeptabel. Auch die *AVKZ* bemängelt, dass bloss zertifizierte Stammgemeinschaften von der Finanzhilfe profitieren würden. Die *mfe* und *SGAIM* kritisieren die mangelnden Erläuterungen zum Finanzbedarf der Stammgemeinschaften.

Die *FMH* und *mfe* fordern finanzielle Hilfen für die Pflege von Dossiers durch GFP. Die Betriebsfinanzierung dürfe auf keinen Fall auf die GFP abgewälzt werden (bspw. in Form von höheren Mitgliedschaftsbeiträgen). Es sei davon auszugehen, dass in ambulanten Arztpraxen ein signifikanter zusätzlicher Aufwand für die Bereitstellung von behandlungsrelevanten Daten im EPD entstehen wird. Zusätzliche Aufwände wie Schulung der Mitarbeitenden in einer Arztpraxis sowie solche die im Rahmen eines Audits entstehen, würden zum jetzigen Zeitpunkt nicht abgegolten. Geeignete technologische Mittel, wie eine tiefe Integration eines EPD in die elektronische Krankengeschichte, stünden mehrheitlich nicht zur Verfügung. Dieser zusätzliche Aufwand könne aufgrund des Fachkräftemangels nicht geleistet werden.

Die *IG eHealth* und der *SHV* führen aus, dass sich das Bundesparlament für einen Wettbewerb unter den Stammgemeinschaften ausgesprochen habe und das Gesetz explizit Stammgemeinschaften und Gemeinschaften vorsehe. Die einseitige Unterstützung von Stammgemeinschaften, die einzig von den Kantonen mitfinanziert würden, sei aus rechtlicher Sicht problematisch. Auch sachlich sei dies falsch, da es nicht zielführend sei, einzig Patientinnen und Patienten anzuschliessen. Sie weist darauf hin, dass die Informationskampagne zwei Phasen vorsieht:

- Information der (ambulanten) Leistungserbringer;
- Information der BürgerInnen.

Dieses Vorgehen erachten sie als konzeptionell richtig und empfiehlt, ebenfalls eine «duale» Finanzierung des Anschlusses ans EPD (Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringer/GFP) vorzusehen. Das EPD könne seinen Nutzen nicht entfalten, wenn sich primär Bürgerinnen und Bürger anschliessen und gleichzeitig ambulante Leistungserbringer fehlen, welche die EPD nutzen und nutzenstiftende Inhalte einfügten. Die *IG eHealth* und der *SHV* sehen einen Bruch zwischen der EPD-Informationskampagne des Bundes, die konzeptionell stimmig aufgestellt sei, und dem vorliegenden Vorschlag der Übergangsfinanzierung, der sich einzig auf den Anschluss von Bürgerinnen und Bürgern konzentriere.

Die *IGMG* führt aus, dass nicht nur die Stammgemeinschaften unternehmerisch geführt werden müssten, sondern auch die Einrichtungen der Leistungserbringer (LERB). Die Bereitstellung der technischen Voraussetzungen solle ebenfalls über entsprechende Kredite finanziert werden, ebenso wie die Eingabe in die Dossiers. Sie schlägt vor, dass zur Finanzierung dieses Punkts a) die Stammgemeinschaften zu einer EPD-Plattform zusammengeführt werden sollen und b) der Kredit entsprechend erhöht werden soll.

Interpharma betont, dass eine Ungleichbehandlung zwischen den von Kantonen gegründeten Stammgemeinschaften und den anderen Stammgemeinschaften zu vermeiden sei. Die Finanzierung des EPD solle in jedem Fall unter den gleichen Bedingungen gewährleistet sein, unabhängig von der gewählten Stammgemeinschaft. Damit hätten alle Stammgemeinschaften die gleich langen Spiesse für den Betrieb und die Weiterentwicklung des EPD.

Die *IPAG* betont, dass die finanziellen Hilfen auch die Pflege von Dossiers durch GFP berücksichtigen müssen. Die Betriebsfinanzierung sollte nicht auf die GFP abgewälzt werden, beispielsweise in Form von höheren Mitgliedschaftsbeiträgen oder verschiedener Lizenzgebühren.

Der *SBAP* merkt an, dass die finanzielle Belastung für Psychotherapie-Praxen (ambulante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer) hoch sei und möchte anregen, dass nicht nur die Stammgemeinschaften eine finanzielle Hilfe des Bundes beantragen dürfen, sondern auch die kleinen Unternehmungen in Form einer Einzelpraxis oder Organisation der psychologischen Psychotherapie.

Für den *SBK* und den *svbg* hängen die Patientensicherheit und die Qualität des Gesundheitssystems eng mit dem praktizierten Informationsaustausch zusammen. Damit das EPD nachhaltig zum Einsatz kommen und zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung sowie zu Kosteneindämmungen im Bereich der Krankenversicherung beitragen könne, sei neben der finanziellen Unterstützung der Stammgemeinschaften auch finanzielle Unterstützung für die Implementierung bei den Leistungserbringern notwendig. Geld ausschliesslich zugunsten der Stammgemeinschaften für die Eröffnung von einzelnen EPD reiche nicht aus, um diese Ziele zu erreichen. Das EPD müsse für die Bevölkerung und Leistungserbringer einen Mehrwert bieten.

Die *SGAIM* findet das Fehlen einer Regelung zur Finanzierung der Arbeit der Hausärzte in diesem Bereich problematisch. Denn der Anschluss an das EPD für Gesundheitsfachleute bringe einen zusätzlichen Arbeitsaufwand und Kosten mit sich, insbesondere im Zusammenhang mit der Ausbildung der Mitarbeitenden, den Erklärungen für die Patientinnen und Patienten, dem Datentransfer wie auch der Integration der Software. Derzeit sei jedoch keine Finanzierung für diesen Zweck vorgesehen. Die *SGAIM* bedauert, dass die Ärzte, insbesondere die Hausärzte, welche der Dreh- und Angelpunkt für die Integration der Informationen in das EPD sind, vergessen wurden und fordert, dass eine entsprechende Finanzierung Teil der Regelung sein muss. Darüber hinaus befürchten die Hausärzte, dass die Finanzierung des Betriebs des EPD auf die Ärzteschaft oder andere Gesundheitsfachleute abgewälzt wird (z.B. in Form von höheren Beiträgen). Aus diesem Grund fordert sie Garantien, damit dies nicht geschehen kann.

Die *Spitex* führt aus, dass Finanzhilfen an alle im auszurichtenden Zeitpunkt zertifizierten Gemeinschaften und Stammgemeinschaften zu gewähren sei.

Auch die Stammgemeinschaft *abilis* rügt, dass der vorgesehene Mechanismus im Hinblick auf den Grundsatz der Gleichbehandlung im Allgemeinen und zwischen den Stammgemeinschaften im Besonderen problematisch ist. *abilis* stellt fest, dass der Bund seine Finanzhilfen für den Betrieb der Stammgemeinschaften von einer mindestens gleichwertigen kantonalen Vorfinanzierung abhängig macht. Der Vorentwurf lege keine Regeln fest, die definieren, welcher Kanton welches offene elektronische Dossier finanziert und in welcher Form diese kantonale Finanzierung erfolgen sollte. *abilis* führt aus, dass die Kantone, die eine Stammgemeinschaft entwickelt oder übernommen hätten und finanzierten, wahrscheinlich motiviert sein würden, deren neu eröffneten Dossiers zu finanzieren. Sie kann sich jedoch nicht vorstellen, wie ein Kanton für die in der Stammgemeinschaft *abilis* eröffneten Dossiers einer Beteiligung ihrer Betriebskosten zustimmen würde. Es sei davon auszugehen, dass die Kantone die finanzielle Unterstützung ihrer Kantonsangehörigen, die bei *abilis* ein EPD eröffnet haben, verweigern werden. Der

Kanton werde dies damit begründen, dass *abilis* eine «private» Stammgemeinschaft ist, die mit der Stammgemeinschaft des betreffenden Kantons konkurriere und zudem einen nationalen Aktionsradius habe. Kantone, die sich an einer Stammgemeinschaft beteiligten und diese finanzierten, werden auch nur die EPD-Eröffnungen finanzieren, die bei dieser Stammgemeinschaft erfolgt seien. Folglich hätte *abilis* weder Anspruch auf eine kantonale noch auf eine Bundeshilfe. Nichtkantonale und vor allem nationale Stammgemeinschaften wie *abilis* würden somit schwer diskriminiert. Um eine Gleichbehandlung der Stammgemeinschaften nach Art. 8 und 27 der BV und geltendem EPDG zu gewährleisten, müssten sich die Kantone bereit erklären, eine Finanzierung in Form eines bestimmten Betrags pro EPD für den Betrieb der Stammgemeinschaften zu gewähren (für die Patienten, welche in ihrem Hoheitsgebiet wohnen und ein EPD eröffnen). Dies würde mit dem Hinweis erfolgen, dass es den Kantonen freisteht, eine solche Finanzierung abzulehnen, und zwar unabhängig von der Stammgemeinschaft, bei der diese Patienten ihr EPD eröffnet haben; vorausgesetzt natürlich, dass die Stammgemeinschaft vom Bund zertifiziert wurde. *abilis* ist der Meinung, dass dieses Wohnsitzkriterium angemessen sei, da ein Patient gemäss EPDG nur einer einzigen Stammgemeinschaft angehören könne und die Interoperabilität zwischen den Stammgemeinschaften eine Voraussetzung für die Zertifizierung und ein wesentliches Element des elektronischen Patientendossiers sei. Die mit dem EPD verbundenen Vorteile für die öffentliche Gesundheit, insbesondere die Einsichtnahme durch alle Leistungserbringer, würden somit für den Wohnkanton des Patienten gelten, unabhängig davon, in welcher Stammgemeinschaft sein EPD eröffnet wurde. Schliesslich würde identische Finanzhilfe von Bund und Kantonen (d.h. ein fixer Betrag pro eröffnetem EPD) leicht sicherstellen, dass die kantonale Unterstützung mindestens gleich hoch ist wie die des Bundes. *abilis* führt weiter aus, dass das geltende EPDG dem Bund nicht erlaube, die Kantone zur Finanzierung des EPD zu verpflichten. Andererseits sei es dem Bund nicht verwehrt, Kriterien festzulegen, die von den Kantonen bei der Mitfinanzierung des Betriebs der Stammgemeinschaften zu befolgen seien. Es sei in der Tat die Pflicht des Bundes, Kriterien festzulegen, die eine Gleichbehandlung der Stammgemeinschaften gewährleisten. *abilis* weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Bund bereits Gelegenheit gehabt habe, im Rahmen der Gesetzgebung zur Überwindung der COVID-19-Epidemie (insbesondere Artikel 12 des COVID-19-Gesetzes vom 25. September 2020) Kriterien und Bedingungen festzulegen, die von den Kantonen im Zusammenhang mit von ihnen geteilten staatlichen Hilfen zu befolgen seien. Für den Fall, dass der Bund der Ansicht sein sollte, dass das geltende EPDG ihn daran hindere, nicht nur eine Finanzierung des EPD durch die Kantone zu verlangen, sondern darüber hinaus die Kantone aufzufordern, identische Kriterien für seine Finanzierung zu verwenden, sollte die laufende Gesetzesänderung dennoch eine Gleichbehandlung der Stammgemeinschaften gewährleisten. Aus den oben genannten Gründen sei es ziemlich sicher, dass die Kantone mit eigenen Stammgemeinschaften die anderen nicht finanzieren würden. Daher wäre die einzige Möglichkeit, um das Verfassungsziel der Gleichbehandlung zu erreichen, wenn auf die Forderung nach einer gleichwertigen kantonalen Vorfinanzierung für nationale Stammgemeinschaften verzichtet wird und die Finanzierung durch den Bund mindestens verdoppeln würde (d.h. zweimal 15 Franken, also 30 Franken pro offenes EPD für Stammgemeinschaften, die keine kantonale Finanzierung erhalten würden).

AD Swiss fordert die Gleichberechtigung aller Akteure (Stammgemeinschaften und Gemeinschaften, Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringer).

Die *HIN* kritisiert, dass sich die Übergangsfinanzierung ausschliesslich auf die EPD-Eröffnung bezieht, womit Gemeinschaften und die IDP leer ausgingen. Sie fordert, dass jede zertifizierte Gemeinschaft und Stammgemeinschaft und jeder zertifizierte IDP Zugang Finanzhilfen erhalten, da die Finanzhilfen die Nutzung des gesamten EPD-Ökosystems stimulieren sollen.

Gemäss der *CVC/* ist die Frage, welcher Kanton die eröffneten EPD finanzieren würde, ungeklärt. Die Bestimmung könne so ausgelegt werden, dass Kantone mit einer eigenen Stammgemeinschaft beschliessen könnten, keine privaten - kantonalen oder nationalen - Gemeinschaften zu finanzieren, da sie mit den staatlichen Gemeinschaften konkurrieren. Dies hätte zur Folge, dass nur die staatlichen Stammgemeinschaften von der kantonalen Finanzierung und damit von der Bundesfinanzierung profitierten, zum Nachteil der privaten Gemeinschaften. Ein solcher Mechanismus verstiesse gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung und würde eine

Diskriminierung der privaten Stammgemeinschaften darstellen. Sie schlägt zur Gleichbehandlung aller Stammgemeinschaften vor, als entscheidendes Kriterium für die Gewährung der kantonalen Finanzierung der Wohnsitz der Patientin oder des Patienten zu wählen, und zwar unabhängig davon, bei welcher Stammgemeinschaft das EPD eröffnet wurde. Sie schlägt ebenfalls vor, dass vorzusehen sei, dass ein Kanton, der sich bereit erkläre, eine Finanzierung für den Betrieb von Stammgemeinschaften zu gewähren, dies in Form eines bestimmten und festen Betrags pro EPD tun müsse. Dadurch würde sichergestellt, dass die kantonale Unterstützung mindestens gleich hoch sei wie die des Bundes.

Die *WEKO* wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die vorgeschlagene Formulierung zu einer Ungleichbehandlung zwischen den von Kantonen gegründeten Stammgemeinschaften und den anderen Stammgemeinschaften hinsichtlich der finanziellen Beteiligung von Kantonen an den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers führen könnte.

4.1.4.1.2 Änderungsanträge

Gemäss *IG eHealth*, *SDV* und *SHV* bezieht sich das EPDG auf Stammgemeinschaften und Gemeinschaften. Deshalb schlagen sie folgende Änderung von **Absatz 1** vor: «Der Bund kann Stammgemeinschaften und Gemeinschaften Finanzhilfen für die Sicherstellung der Finanzierung des Betriebs und der Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers gewähren.» Auch die *ADTG* unterstützt diese Änderung von Absatz 1 aus Gründen der Gleichbehandlung von national tätigen Stammgemeinschaften und Gemeinschaften. Der *SVDG* und *VGI.ch* schlagen dieselbe Änderung vor, mit der Begründung, dass Stammgemeinschaften gegenüber den Gemeinschaften nicht privilegiert werden dürften. So würden die Gemeinschaften eine kostengünstige Alternative für den Anschluss von Leistungserbringern anbieten, welche die Dossier Eröffnung nicht wahrnehmen wollen oder können.

Der *SBK* und *svbg* befürworten neben der finanziellen Unterstützung der Stammgemeinschaften auch die finanzielle Unterstützung für die Implementierung bei den Leistungserbringer, so dass das EPD nachhaltig zum Einsatz kommen könne. Geld ausschliesslich zugunsten der Stammgemeinschaften für die Eröffnung von einzelnen EPD reiche nicht aus. Der *SBK* und der *svbg* schlagen deshalb folgende Änderung von **Absatz 1** vor: «Der Bund kann Stammgemeinschaften und Leistungserbringern Finanzhilfen für die Sicherstellung der Finanzierung des Betriebs und der Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers gewähren.»

AD Swiss weist darauf hin, dass sich das EPDG auf Stammgemeinschaften und Gemeinschaften beziehe und schlägt vor, dass **Absatz 1** wie folgt angepasst wird: «Der Bund kann Stammgemeinschaften und Gemeinschaften sowie Identitäts Providern Finanzhilfen für die Sicherstellung der Finanzierung des Betriebs und der Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers gewähren.». Die *HIN* schliesst sich diesem Antrag an.

4.1.4.2 Absatz 2

4.1.4.2.1 Bemerkungen zum Anknüpfungspunkt

Die Mitte stellt sich die Frage, ob es sinnvoll sei, die Höhe der Finanzhilfen einzig an das Kriterium der Anzahl eröffneter EPD zu binden, oder ob es weitere Kriterien gebe, welche dem Ziel eines möglichst breiten Einsatzes des EPD ebenfalls dienen würden.

Auch die *FDP* ist der Meinung, dass die Anzahl angeschlossener Leistungserbringer einer Stammgemeinschaft, die effektiv Inhalte in die EPD einspeisen, und die Integration weiterer Zusatzdienste mitentscheidend sind für ein gut funktionierendes Gesamtsystem, weshalb entsprechende Anreize in der Vorlage ergänzt werden sollen - falls die unumstrittenen Rahmenbedingungen nicht bereits jetzt geschaffen werden können.

economiesuisse erachtet es als wichtig, die (Übergangs-)Finanzierung leistungsorientiert auszugestalten. Die Eröffnung eines Dossiers sei zwar der erste Schritt, aber er genüge nicht. Das Dossier müsse aktiv unterhalten werden und möglichst alle betroffenen Leistungserbringer müssten sich daran beteiligen. Die jetzige Finanzierung garantiere keinen echten Nutzen des EPD.

Der *sgv-usam* ist der Meinung, dass nicht nur die Verbreitung, sondern auch die Mitgliedschaft von GFP berücksichtigen sollte. Die Finanzhilfen sollen keinesfalls ineffiziente Strukturen zementieren, sondern zu einem EPD beitragen, das von den GFP und der Bevölkerung nachhaltig genutzt werden kann. Das EPD müsse seine Nützlichkeit und Funktionalität bei der Bevölkerung und den Akteuren des Gesundheitswesens unter Beweis stellen können.

Die *FRC* plädiert dafür, die Anzahl angeschlossener Leistungserbringer einer Stammgemeinschaft, welche effektiv Inhalte in die EPD einspeisen, bei der Ausrichtung der Finanzhilfe zu berücksichtigen. Sie schlägt weiter vor, dass ein bestimmter Grundbetrag für ein EPD ausgerichtet werde, das ein ganzes Jahr (12 Monate) betrieben werde. Dazu solle ein weiterer noch zu bestimmender Betrag für jeden von Bund und Kantonen klar definierten und nützlichen Zusatzdienst, der ein ganzes Jahr angeboten werde, bezahlt werden - bis zu einem bestimmten Maximalbetrag pro ganzjährig betriebenen Prozess und Dossier.

Die *SKS* findet die Anzahl der eröffneten EPD auf lange Sicht als Bemessungsgrundlage nicht ausreichend, da sie nichts über den Betrieb und die Nutzung nach der Eröffnung aussagen würden. Die aktive Beteiligung der Leistungserbringer sei unabdingbar, damit das volle Potenzial des EPD ausgeschöpft werden könne. Die *SKS* empfiehlt deshalb, für die Bemessung der Finanzierung zusätzliche Indikatoren zu implementieren, die nicht nur die Eröffnung, sondern auch den laufenden Betrieb abbilden – beispielsweise Angaben zur Anzahl Leistungserbringer welche einer Stammgemeinschaft angeschlossen sind und die EPD ihrer Patienten aktiv bewirtschaften.

Die *ADTG* führt aus, dass das EPD nur dann für Patientinnen und Patienten nutzbringend und im Behandlungsprozess effektiv und wirksam eingesetzt werden könne, wenn im EPD die behandlungsrelevanten Informationen aller am Behandlungsprozess beteiligten GFP vorhanden seien. Zudem müssten diese Informationen im EPD übersichtlich und nicht nur im Notfall rasch zugreifbar bzw. verfügbar sein. Stand heute seien nur 41 % der Spitäler, die eine Verpflichtung nach Art. 39 Abs. 1 Bst. f KVG trifft, am EPD angeschlossen. Die Gefahr, dass eine zunehmende Menge an eröffneten Dossiers nicht mehr bewirtschaftet werde, steige somit an. Seitens der Bevölkerung sei zu befürchten, dass das EPD aufgrund seiner geringen Aktualität innert kürzester Zeit nicht mehr genutzt werde. Die Kopplung der Finanzhilfen an die Anzahl eröffneter Dossiers ist daher nicht zielführend. In die Berechnungsgrundlage für die Finanzhilfen müssten daher zwingend auch die Anzahl der Leistungserbringer, die am EPD teilnehmen, berücksichtigt werden.

ARTISET und die *ASPS* sind ebenfalls der Meinung, dass es zielführend wäre, die Finanzhilfen nicht einzig vom Kriterium der Anzahl eröffneter EPD abhängig zu machen, sondern auch von der Anzahl angeschlossener Leistungserbringer einer Stammgemeinschaft, welche effektiv Inhalte in die EPD einpflegen, und der Integration weiterer Zusatzdienste.

Es ist nicht im Sinne der *IG eHealth* und dem *SHV*, dass in der Übergangsfinanzierung nur auf die Anzahl eröffneter EPD fokussiert wird. Die Verbreitung zu fördern, sei ein wichtiges Element, jedoch nicht der einzige entscheidende Faktor. Ebenfalls zentral sei der Anschluss von Leistungserbringern/GFP und die Tiefenintegration in deren Primärsysteme. Deshalb seien die Anzahl angeschlossener Leistungserbringer einer Stammgemeinschaft, die effektiv Inhalte in die EPD einspeisen, und die Integration weiterer Zusatzdienste bei der Ausrichtung von Finanzhilfen zu berücksichtigen.

Laut dem *SDV* sei die einseitige Unterstützung von Stammgemeinschaften nicht zielführend. Der *SDV* schlägt vor, bei der Ausgestaltung der Finanzhilfen die Anzahl an einer (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossener GFP zu berücksichtigen. Damit würden auch diejenigen (Stamm-)Gemeinschaften belohnt, die überdurchschnittlich viele GFP ans EPD angebunden haben. Weiter sollte ein Teil der Finanzhilfen pro Integration weiterer Zusatzdienste (z.B. eMedikation) eingesetzt werden. Dies würde eine Gleichbehandlung von national tätigen Gemeinschaften und Stammgemeinschaften zur Folge haben.

Die *Spitex* führt aus, dass es ihr wichtig erscheine, dass sich Leistungserbringer einer (Stamm-)Gemeinschaft anschliessen würden, um den nötigen Mehrwert des EPD zu gewährleisten. Aus diesem Grund sei es sinnvoll, die Finanzhilfen an die Anzahl an eine (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossene Leistungserbringer zu koppeln.

Der *SVDG* und *der VGI.ch* finden die Vorlage sei zu einseitig auf die Dossier Eröffnung ausgerichtet und sollte zusätzlich auch substanzielle Beiträge an die jährlichen Betriebskosten der Stammgemeinschaften und auch der Gemeinschaften umfassen. Ein «leeres EPD» fördere die Verbreitung bei der Bevölkerung nicht.

AD Swiss erwähnt, dass das Ökosystem EPD nicht nur aus Patientinnen und Patienten bestehe. Ebenso wichtig seien die teilhabenden Leistungserbringenden und GFP. Die Anbindung und aktive Teilnahme der Leistungserbringer am Ökosystem seien mitentscheidend für die weitere Verbreitung des EPD in der Bevölkerung. Der Erfolg von EPD basiere auf drei Kriterien: nutzenbringende Inhalte, eine hohe Zahl an angeschlossenen Leistungserbringern und an angeschlossenen Bürgerinnen und Bürgern / Patientinnen und Patienten. Der Vorschlag des Bundesrats ziele einzig auf den Anschluss von Patientinnen und Patienten ab. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb der Bundesrat nicht auch den Anschluss von Leistungserbringern entschädigen wolle, weil diese die Dossiers mit Inhalten und Daten füllten, welche Nutzen brächten. Auch trage der Leistungserbringer wesentlich dazu bei, dass die Patientin oder der Patient ein Dossier eröffneten (Initiative des Leistungserbringers). *AD Swiss* schlägt deshalb vor, die Anzahl an eine (Stamm-)Gemeinschaft angeschlossene Leistungserbringer zu berücksichtigen, die effektiv Inhalte in die EPD einspeisen. Damit sollen auch diejenigen belohnt werden, die den Fokus auf die Anbindung möglichst vieler Leistungserbringer gelegt hätten und damit dazu beigetragen hätten, das EPD hin zu einem Ökosystem zu entwickeln. Weiter zu berücksichtigen sei die Integration weiterer Zusatzdienste (z.B. eMedikation). Eine wesentliche Voraussetzung für den künftigen Erfolg des EPD ist des Weiteren der gesteigerte Nutzen. Darum schlägt sie vor, dass ein Teil der Finanzhilfen auch für den Effort in die inhaltliche Weiterentwicklung mit entsprechenden Services eingesetzt werden könne. Pro integriertem EPD-Kernservice solle ein Betrag der Finanzhilfen zur Verfügung stehen.

Axana kritisiert, dass die gewählte Berechnungsmethode für die Finanzierungsbeiträge sich nur an der Anzahl EPD orientiere. Das EPD sei ein Ökosystem, in dem Patienten und Gesundheitseinrichtungen Daten austauschen. Die alleinige Berücksichtigung der Patientenseite werde dem nicht gerecht. Nur mit einer Vernetzung über beide Gruppen hinweg, könne das EPD seine Wirkung entfalten. Diesem Umstand solle die Übergangsfinanzierung Rechnung tragen. Sie befürwortet deshalb eine duale Berechnungsmethode, die sich neben der Anzahl EPD auch an der Anzahl produktiver GFP orientiert.

eSANITA findet, dass die Übergangsfinanzierung zu einseitig auf die Eröffnung von Dossiers ausgerichtet sei, da ein «leeres EPD» der Bevölkerung erfahrungsgemäss keinen Nutzen stifte. Deshalb sollten zusätzlich auch leistungsabhängige Beiträge an die jährlichen Betriebskosten der Stammgemeinschaften anhand der effektiven Anzahl produktiv angeschlossener Institutionen geleistet werden. Dabei solle auch die digitale Anbindung der Primärsysteme der Leistungserbringer an die Stammgemeinschaft und die damit verbundene automatisierte Bereitstellung der medizinischen Dokumente ins Patientendossier gefördert werden.

Für die *Post* ist die Ausrichtung der Finanzhilfen an der Anzahl der Dossier Eröffnungen allein nicht zielführend. Dies führe zu einer Ungleichbehandlung der Stammgemeinschaften und einer Akzentuierung der Konkurrenz untereinander, obgleich mehr denn je eine enge Zusammenarbeit für die Verbreitung des EPD zwischen allen Parteien notwendig sei. Während die einen in den letzten Jahren teilweise auch leere EPD eröffnet hätten, investierten andere in eine wirkungsvolle Organisationsform und die Anbindung der Gesundheitseinrichtungen und hätten daher noch kaum EPD eröffnen können. Zudem seien die wirtschaftlichen, organisatorischen und politischen Gegebenheiten im Umfeld der Stammgemeinschaften sehr unterschiedlich. Während einige Stammgemeinschaften heute schon finanzielle Beiträge des Kantons bzw. der Kantone erhalten, müssten andere Stammgemeinschaften ohne Unterstützung der Kantone auskommen bzw. diese Unterstützung für das Erlangen der Bundesfinanzhilfen erst noch beantragen. Die Kostenstrukturen der Stammgemeinschaften seien also nicht untereinander vergleichbar. Ein nutzenstiftendes EPD resp. eine effektive/wirksame EPD-Plattform hänge von mehreren Faktoren ab. Neben der Eröffnung eines Patientendossiers durch den Patienten/die Patientin seien vor allem die Anzahl Gesundheitseinrichtungen, die tatsächlich als EPD-Benutzende im Health Provider Directory (HPD) registriert sind sowie die beständige Weiterentwicklung des Systems, auch mit relevanten Services, von Bedeutung. Die Finanzhilfen sollten nicht ineffiziente Strukturen festigen, sondern einen Beitrag an ein

nachhaltiges EPD für die Zukunft leisten. Es seien deshalb bei der Ausrichtung von Finanzhilfen folgende zwei Kriterien miteinzubeziehen:

- Anzahl angeschlossener Leistungserbringer einer Stammgemeinschaft, die effektiv Inhalte in die EPD einspeisen.
- Integration weiterer Zusatzdienste (z.B. eMedikation).

Für *Post* ist zudem nicht klar, wie man mit Massen-Onboardings z.B. im Rahmen von Impfdossiers umgeht.

4.1.4.2.2 Bemerkungen zur Höhe der Finanzhilfe

Die Kantone *AG, AI, BE, BS, NE, NW, TI* und die *GDK* sowie die Organisationen *ACSI, DVSP, AAV, ADTG, AVKZ, CLPh, LAV, pharmaSuisse, scienceindustries* und *Sphf* finden den Betrag von 15 Franken als zu tief bemessen. Die Kantone *FR, GE, JU, VS* und *CARA* bemerken, dass im Fall von *CARA* die Kantone einen weitaus höheren Beitrag leisten werden als der Bund. Die Kantone *FR, GE, JU, VS, CARA* und die *KSG* führen aus, dass die vorgesehene Finanzhilfe von 15 Franken die geschätzten durchschnittlichen Kosten von 120 Franken für jede Eröffnung eines EPD bei Weitem nicht decke. Der Betrag sei auf 50 Franken anzusetzen. *eSANITA* schliesst sich dieser Forderung an und fordert darüber hinaus im Falle einer physischen Eröffnung die Verdoppelung des Betrags.

Der Kanton *BS* schlägt einen Betrag von 20 Franken pro EPD vor.

Der Kanton *SO* fordert, dass kein fixer Betrag, sondern ein Maximalbetrag pro eröffnetes EPD festgelegt werden soll. Andernfalls habe der Bund aufgrund einer tieferen finanziellen Beteiligung des Kantons keine Möglichkeit, effizientere EPD-Eröffnungen zu fördern.

Der Kanton *NE* hält einen Betrag von 30 Franken für angemessen, da der vorgesehene Betrag nur auf den Kosten im Zusammenhang mit der Herausgabe eines IDM beruhen, aber sowohl die Herausgabe des IDM wie auch der Betrieb der Stammgemeinschaften höhere Kosten verursache (Kosten im Zusammenhang mit der Plattform, der Zertifizierung der Stammgemeinschaft, der Kommunikation, der Ausbildung, der Eröffnung von EPD der Ausstellung eines IDM und der Unterstützung).

Die *ACSI* erachtet es als unabdingbar, dass Bund und Kantone gemeinsam ein Verfahren und Beträge festlegen, welche die Finanzierung der Stammgemeinschaften auch für die Übergangszeit wirksam sicherstellen.

Die *IPAG* führt aus, dass die vorgesehene Hilfe von 15 Franken pro eröffnetes Dossier nur einen Teil der tatsächlichen Kosten decke, die bei einer Eröffnung anfallen. Es sei unklar, wie der finanzielle Mittelbedarf der Stammgemeinschaften eingeschätzt werde, und die Orientierung der Finanzhilfen an den Kosten für ein effizient herausgegebenes IDM nach EPDG erscheine als ein unzureichender Ansatz.

Die *ADTG* schlägt vor, die Höhe des Betrags einschliesslich des Rahmenkredits mindestens zu verdoppeln bzw. auf 50 Franken anzuheben.

Auch die *Post* gibt zu bedenken, dass der Betrag von 15 Franken nicht kostendeckend bzw. zu klein sei, so dass die finanziellen Probleme nicht entschärft werden könnten. Zudem werde aus den Erläuterungen nicht klar, warum sich die Höhe des Betrags von 15 Franken am eingesetzten IDM orientiere.

4.1.4.2.3 Änderungsanträge

Die *ADTG* schlägt vor, die Finanzhilfen an die Anzahl der angeschlossenen Leistungserbringer zu koppeln und **Absatz 2** wie folgt zu ändern: «Die Finanzhilfen werden in Form eines festen Betrags pro eröffnetes Patientendossier ausgerichtet. Zudem wird ein Betrag für die Anzahl an einer Stammgemeinschaften und Gemeinschaften angeschlossenen Gesundheitsfachpersonen ausgerichtet. Der Bundesrat legt dessen Höhe fest.»

Die *ASPS* fordert, es seien zusätzlich zu den Patientendossiers Anreize zu schaffen, um Leistungserbringer anzubinden und deren aktive Teilnahme zu fördern und schlägt folgende

Änderung von **Absatz 2 Satz 1** vor: «Die Finanzhilfen werden in Form eines festen Betrages Beitrages pro eröffnetes Patientendossiers und/oder pro teilnehmenden Leistungserbringer ausgerichtet.»

Die *IG eHealth*, *SDV* und *SHV* fordern die Unterstützung der Anbindung von GFP. Ein wesentlicher Bestandteil der Infrastruktur stelle die Ablage (Backend) inkl. Berechtigungen und Register sowie das Portal für GFP dar (Frontend). Aus diesem Grund soll **Absatz 2** wie folgt geändert werden: «Die Finanzhilfen werden in Form eines festen Betrags pro eröffnetes Patientendossier ausgerichtet. Zudem wird ein Betrag für die Anzahl an eine Stammgemeinschaften und Gemeinschaften angeschlossenen Gesundheitsfachpersonen ausgerichtet. Finanzhilfen können den Stammgemeinschaften/Gemeinschaften für die Integration relevanter EPD-Kernservices gewährt werden. Der Bundesrat legt dessen Höhe fest.»

Die *SGMI* und *CH++* führen zu **Absatz 2** aus, dass die Neueröffnung nur teilweise ein guter Messwert sei, besser wäre die finanzielle Unterstützung eines ganzjährig betriebenen EPD, da der Patient nur bei einer Stammgemeinschaft registriert sein kann. Die nachhaltige und qualitativ gute Organisation einer Stammgemeinschaft werde damit unterstützt. Sie schlagen folgende Änderung vor: «Die Finanzhilfen werden in Form eines festen Betrags pro eröffnetes angebotenen Prozessabbild und pro ganzjährig betriebenen Patientendossier erteilt ausgerichtet. Der Bundesrat legt die nutzenstiftenden Prozesse und die Beträge fest.»

Die *Spitex* schlägt vor, die Finanzhilfe an die angeschlossenen Leistungserbringer zu koppeln und beantragt folgende Änderung von **Absatz 2 Satz 1**: «Die Finanzhilfen werden in Form eines festen Betrags pro bereits oder in der Übergangsperiode eröffnetes Patientendossier ausgerichtet. Zudem wird pro angeschlossene Gesundheitsfachperson/Leistungserbringer ein Betrag an Stammgemeinschaften und Gemeinschaften ausgerichtet. Der Bundesrat legt dessen Höhe fest.»

Der *SVDG* und die *VGI.ch* führen aus, dass die Anzahl der Dossier Eröffnungen die Verbreitung des EPD bei den «Patienten» fördere. Bei den Spitälern seien schweizweit immer noch weniger als 50 % der Leistungserbringer und nur ca. ein Drittel aller APH angeschlossenen. Es solle bei den (Stamm-)Gemeinschaften auch der Anreiz geschaffen werden, die Quote der produktiv angeschlossenen Leistungserbringer z.B. mittels Vergünstigungen zu steigern. Sie schlagen folgende Änderung von **Absatz 2** vor: «Die Finanzhilfen werden in Form eines festen Betrags pro eröffnetes Patientendossier und zusätzlich jährlich anhand der Anzahl produktiv angeschlossenen Leistungserbringer, welche aktiv Dokumente hochladen ausgerichtet. Der Bundesrat legt dessen Höhe fest.»

AD Swiss führt aus, dass ein wesentlicher Bestandteil der Infrastruktur die Ablage (Backend) inkl. Berechtigungen (ID's) und Register sowie das Portal für GFP darstelle (Frontend). *AD Swiss* schlägt vor, **Absatz 2** wie folgt anzupassen: «Die Finanzhilfen werden in Form eines festen Betrags pro eröffnetes Patientendossier ausgerichtet. Zudem wird ein Betrag für die Anzahl an eine Stammgemeinschaften und Gemeinschaften angeschlossenen Gesundheitsfachpersonen sowie ein Betrag pro ausgestellte elektronische Identität ausgerichtet. Der Bundesrat legt dessen Höhe fest.». Die *HIN* schliesst sich diesem Antrag an.

axsana führt aus, dass das EPD nur dann Nutzen erbringe, wenn das komplette Ökosystem angebunden sei. Neben den Patienten seien das die Gesundheitseinrichtungen. Um einen Anreiz zur Verbreitung des EPD zu setzen, müsse entsprechend der aktiven Teilnahme der Gesundheitseinrichtungen berücksichtigt werden. Um die Berechnung weiterhin einfach zu halten, schlägt sie vor, nicht nur pro eröffnetes Patientendossier einen festen Betrag auszurichten, sondern auch pro neu produktive GFP. **Absatz 2** sei wie folgt zu ändern: «Die Finanzhilfen werden in Form eines festen Betrags pro eröffnetes Patientendossier und pro neu produktive Gesundheitsfachperson ausgerichtet. Der Bundesrat legt dessen Höhe fest.»

4.1.4.3 Absatz 3

4.1.4.3.1 Bemerkungen zu Satz 1

Die Kantone *AG*, *AI*, *BE*, *BL*, *BS*, *GL*, *LU*, *NW*, *SO*, *TI*, *UR* und die *GDK* beurteilen die Ausgestaltung der dual zu gewährenden Finanzhilfen kritisch, da mehrere Stammgemeinschaften

ein Kantonsgebiet oder umgekehrt eine Stammgemeinschaft mehrere Kantone abdecken könnten. Dies bedinge eine Koordination in der Gewährung von Finanzhilfen zwischen Bund und Kantonen und unter den Kantonen. Dadurch werde die Einführung einer Übergangsfinanzierung zusätzlich erschwert. Es stelle sich daher die Frage, weshalb der Bund nicht direkt die finanzielle Verantwortung für die Übergangsfinanzierung sicherstellt, da er ja auch die Rahmenbedingungen und Regeln für den Betrieb definiere. Der Kanton *SO* fordert, dass verbindlich geklärt werden muss, wie der Finanzierungsprozess aussieht, wenn mehrere Stammgemeinschaften ein Kantonsgebiet abdecken oder umgekehrt eine Stammgemeinschaft mehrere Kantone abdeckt. Falls eine Mitfinanzierung durch die Kantone zwingend sei, müssten die Kantone gemäss dem Kanton *SO* die Möglichkeit haben, ihre finanzielle Unterstützung davon abhängig zu machen, dass der Bund ein entsprechendes Gesuch um Finanzhilfe einer Stammgemeinschaft auch tatsächlich gutheisse.

Der Kanton *AG* führt aus, dass er sich bereits im Jahr 2022 mit einem finanziellen Beitrag am Verein Stammgemeinschaft eHealth Aargau beteiligt hat. Im Jahr 2023 plane er erneut einen Beitrag an die besagte Stammgemeinschaft zu zahlen. Die Finanzhilfen wurden ohne die Berücksichtigung der jetzt geplanten Finanzhilfen des Bundes gewährt. Bei vorheriger gesicherter Kenntnis von den nun geplanten Finanzhilfen des Bundes hätte der Kanton *AG* deshalb geringere kantonale Finanzbeträge für den Verein Stammgemeinschaft eHealth Aargau vorgesehen. Insgesamt könne der Kanton *AG* aus diesem Grund nicht ausschliessen, dass der Verein Stammgemeinschaft eHealth Aargau später durch die zusätzlichen Bundesfinanzhilfen unverhältnismässig stark profitiere. In seiner Stellungnahme betont der Kanton *AG*, dass er zu denjenigen Kantonen gehöre, welche durch Beiträge an die Stammgemeinschaft das Projekt EPD von Anfang an gefördert und somit Pionierarbeit geleistet hätten. Dagegen hätten andere Kantone in Sachen EPD bislang wenig bis gar nichts bezahlt. Bei dieser Ausgangslage könne es nicht angehen, dass Kantone, die bereits (freiwillig) Zahlungen an Stammgemeinschaften geleistet haben, am Ende in finanzieller Hinsicht erheblich benachteiligt würden. Der Kanton *AG* fordert, dass der Bundesgesetzgeber diesen Punkt berücksichtigen und beispielsweise für solche Kantone Rückvergütungen vorsehen sollte.

Der Kanton *BL* regt an, dass bereits gesprochene Mittel der Kantone, die nicht durch ebenso hohe Mittel des Bundes ergänzt waren, den künftigen Kantonsanteilen angerechnet werden sollen.

Für den Kanton *BE* ist unklar, wie in **Absatz 3** der Begriff «jährlich» in diesem Kontext zu verstehen ist. Der Kanton *BE* erwartet zur Umsetzung der Zielsetzungen des KVG (Qualitätssteigerung und Kosteneffizienz) nach den konkreten Vorgaben des Bundes eine Finanzierung durch den Bund. Zudem bedauert er, dass sich die Krankenversicherer nicht an der Übergangsfinanzierung beteiligen sollen.

Auch der Kanton *TI* findet, dass eine finanzielle Beteiligung der Krankenversicherer an der Finanzierung in Betracht gezogen werden sollte.

Die *GRÜNEN* und der *SGB* finden, dass die Kantone zu einer deutlich höheren Beteiligung verpflichtet werden sollten, da das Gesundheitswesen in ihrer Kompetenz liege.

Die *ADTG*, *IG eHealth* und *SDV* fordern, dass sich nicht nur die Kantone, sondern auch Dritte im Sinne der Finanzhilfen beteiligen können.

Die *CVCI* weist darauf hin, dass sichergestellt werden müsse, dass die kantonale Unterstützung mindestens gleich hoch sei wie diejenige des Bundes, indem auch der vom Kanton zu leistendem Betrag pro EPD bestimmt werde.

Interpharma fordert den Bund auf, eine Lösung für die nachhaltige Finanzierung des EPD zu finden, sollten einige Kantone ihren Verpflichtungen nicht nachkommen.

scienceindustries und die *SDA* meinen, dass die Übergangsfinanzierung nicht von der hälftigen Beteiligung der Kantone abhängig gemacht werden solle.

Der *SSR* findet die Idee gut. Sie könne zur Kostendämmung führen, aber das Vorgehen sei zu kompliziert und funktioniere nicht.

4.1.4.3.2 Bemerkungen zu Satz 2

Die Kantone *AG, AI, BE, BL, GL, SG, UR*, die *GDK und eSANITA* geben zu bedenken, dass in einigen Kantonen bis zum Inkrafttreten der Vorlage keine gesetzlichen Grundlagen für die hälftige Mitbeteiligung der Kantone an der Finanzierung bestehen werden. Sie würden eine klarere bundesrechtliche Regelung für allenfalls notwendige kantonale Gesetzesgrundlagen begrüssen. Auch der Kanton *NW* würde dies begrüssen, obwohl hier die notwendigen kantonalen Gesetzesgrundlagen vorhanden sind. Der Kanton *GR* führt aus, dass er über keine gesetzliche Grundlage für die Gewährung von Finanzhilfe verfüge.

Die Kantone *AG, AI, BE, BL, GL, NW, SG, UR* und die *GDK* fordern, dass eine Auszahlung von Finanzhilfen des Bundes zeitlich nicht von bereits erfolgten Auszahlungen abhängig gemacht werden dürfe, sondern der Nachweis einer zugesicherten Beteiligung der Kantone ausreichend sei. Auch der Kanton *ZH* beurteilt kritisch, dass die Beteiligung der Kantone bei Einreichung der Gesuche bereits erfolgt sein muss. Diese Regelung ziehe einen grossen Koordinationsbedarf bei der Durchsetzung nach sich und würde die Auszahlung von Finanzhilfen zeitlich verzögern. Soweit an einer Bindung der Finanzhilfen des Bundes an eine bereits ausbezahlte Mitfinanzierung der Kantone festgehalten würde, sollte zumindest auf die Regelung verzichtet werden, dass die kantonalen Beiträge vor den Bundesgeldern ausbezahlt sein müssten. Stattdessen solle die Auszahlung an die Stammgemeinschaften durch den Bund lediglich an einen Nachweis einer zugesicherten Beteiligung der Kantone geknüpft werden. *eSANITA* schliesst sich dieser Aussage an. Die Kantone *AG, BE, GL* und *NW* fordern, dass die Kantone die Möglichkeit haben müssten, ihre finanzielle Unterstützung unter Vorbehalt zu gewähren und sie im Fall, dass der Bund ein Gesuch abschlägig beurteilt, wieder zurückzuziehen.

Der Kanton *BE* führt aus, dass ein schriftliches Zahlungsverprechen eine Ausgabenbewilligung des finanzkompetenten Organs voraussetze. Die Kantone würden daher eine nicht zu unterschätzende Vorlaufzeit brauchen, damit das finanzkompetente Organ eine Ausgabebewilligung beschliessen könnten. Für ihn bedeute dies konkret, dass sich der Grosse Rat des Kantons *BE* mit der Ausgabebewilligung befassen müsse. Zudem müsse wohl auch die dreimonatige Referendumsfrist abgewartet werden, bevor eine Zusage gemacht werden könne.

Auch der Kanton *BS* schlägt vor, dass für die Auszahlung der ersten Finanzhilfen im Jahr 2024 ein Nachweis einer zugesicherten Mitfinanzierung der Kantone ausreichend sein solle, um so die Ausrichtung der Finanzhilfen zu vereinfachen. Dieser Forderung schliesst sich der Kanton *BE* an.

Der Kanton *LU* gibt zu bedenken, dass die zusätzlichen finanziellen Mittel eine Budgetzustimmung durch das Kantonsparlament erfordere.

Auch die *ADTG* weist darauf hin, dass ein solcher Nachweis in der Praxis nicht zeitgerecht vorliegen könne. Anstelle des Nachweises solle auch die Vorlage der Zusicherung durch den Kanton möglich sein, so dass die Finanzhilfen so rasch wie möglich beantragt werden könnten.

Bezüglich **Absatz 3** ortet die *Post* prozessuale Schwierigkeiten, was den Nachweis der Beteiligung der Kantone betrifft. Die aktuelle Formulierung verlange, dass die Mitfinanzierung des Kantons bereits «erfolgt» sei zum Zeitpunkt der Gesuchstellung der Stammgemeinschaft um Finanzhilfen beim Bund. Damit der Kanton die Beteiligung i) budgetieren und ii) freigeben kann, fehlten ihm vorgängig die Informationen von Art. 5 Abs. 2 Bst. a der Verordnung über die Finanzhilfen für das elektronische Patientendossier (EPDFV). Zudem sei unklar, was unter «Nachweis» zu verstehen (vgl. Art. 5 EPDFV) ist und wie bzw. wodurch der Nachweis erfolgen soll. Aufgrund unterschiedlicher politischer Gegebenheiten hätten nicht alle Stammgemeinschaften gleiche Startbedingungen zum Erlangen der Bundesfinanzhilfen. Die *Post* ist der Meinung, dass bereits eine Zusicherung des Kantons in geeigneter Form ausreichend sein sollte. Das würde den Stammgemeinschaften mehr Spielraum geben.

4.1.4.3.3 Änderungsanträge

Die Kantone *AG, AI, BE, BL, LU, SG, TI, UR* und die *GDK* bemängeln, dass der Nachweis einer geleisteten Mitbeteiligung nur mit einem Zahlungsbeleg mit Valuta in der Vergangenheit erbracht werden könne. Kantone die heute noch keine Rechtsgrundlage hätten, könnten bis zum 15. September 2024 (nach Art. 10 Abs. 1) keine Zahlung geleistet haben und die Stammgemeinschaft könne folglich kein gültiges Gesuch einreichen. Die Kantone könnten im Rahmen der dann noch laufenden kantonalen Gesetzgebungsverfahren maximal ein schriftliches Zahlungsverprechen in der nahen Zukunft leisten. Sie schlagen vor, **Absatz 3 Satz 2** wie folgt zu ändern: «Die Beteiligung der Kantone muss vor zum Zeitpunkt der Einreichung der Gesuche um Finanzhilfen durch die Stammgemeinschaften erfolgt zugesichert sein.»

Auch der Kanton *ZH* findet, dass bei einer Bindung der Finanzhilfen des Bundes an eine Mitfinanzierung der Kantone auf die Regelung zu verzichten sei, dass die kantonalen Beiträge vor den Bundesgeldern ausbezahlt sein müssen. Er beantragt die **Streichung von Absatz 3 Satz 2**.

Die *Mitte* fordert eine Anpassung von **Absatz 3**, wonach sich nicht nur Kantone, sondern auch weitere Akteure an Finanzhilfen in gleicher Höhe beteiligen können.

Die Organisationen *AAV, AVKZ, CLPh, LAV, pharmaSuisse* und *Sphf* erachten Absatz 3 als nicht zielführend für die Finanzierung und Verbreitung des elektronischen Patientendossiers. Die Finanzierung für ein nationales Projekt solle auf nationaler Ebene ansetzen. Man müsse konkret die Kantone in die Pflicht nehmen, das System zu unterstützen und zu finanzieren. Die Finanzhilfen von Bund und Kantonen müssten dabei unabhängig von der Beteiligung oder Unterstützung eines Kantons für eine Stammgemeinschaft ausfallen und sollten deshalb an die dort ansässige Person anknüpfen, die ein EPD bei einer kantonalen oder nationalen Stammgemeinschaft eröffnen. Jede Stammgemeinschaft erhalte so ihre Finanzhilfe anteilig zu den bei ihnen neueröffneten elektronischen Patientendossiers für die im Kanton ansässigen Patienten. Damit würden national tätige Stammgemeinschaften den kantonal oder regional auftretenden Stammgemeinschaften gleichgestellt. Sie schlagen folgende Änderungen von **Absatz 3** vor: «Die Finanzhilfen werden nur gewährt, wenn sich die Kantone in mindestens gleicher Höhe an den jährlichen Kosten der Stammgemeinschaft für den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers beteiligen. Die Beteiligung der Kantone erfolgt ebenfalls in Form eines festen Betrags pro eröffnetem Patientendossier einer im Kanton wohnhaften Person unabhängig der Stammgemeinschaft, bei der die Person das Patientendossier eröffnet hat. Die Beteiligung der Kantone muss vor der Einreichung der Gesuche um Finanzhilfen durch die Stammgemeinschaften erfolgt sein.»

ARTISET schlägt aufgrund der eventuell fehlenden Unterstützung durch die Kantone folgende Neuformulierung von **Absatz 3** vor: «Die Kantone sind dazu verpflichtet, sich in mindestens gleicher Höhe wie der Bund an den jährlichen Kosten der Stammgemeinschaft für den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers zu beteiligen. Wenn die Beteiligung des Kantons vor der Einreichung des Gesuchs um Finanzhilfe durch die Stammgemeinschaften noch nicht erfolgt ist und der Betrag der kantonalen Finanzhilfe infolgedessen nicht tatsächlich ausgeschüttet worden ist, leistet der Bund den vom Kanton geschuldeten Anteil der Finanzhilfe. In diesem Fall ist der Kanton verpflichtet, seinen Anteil der Finanzhilfe innerhalb des darauffolgenden Jahres dem Bund zurückzuerstatten.»

Die *ASPS* führt aus, dass die Voraussetzung von Absatz 3 zu unnötigen Verzögerungen in der Finanzierung führen könne. Entsprechend solle hier eine Zusicherung des Kantons in geeigneter Form als Nachweis für dessen Beteiligung ausreichen. Sie schlägt vor, **Absatz 3 Satz 2** wie folgt anzupassen: «Die Beteiligung der Kantone muss vor der Einreichung des Gesuches um Finanzhilfen durch die Stammgemeinschaften erfolgt in geeigneter Form bestätigt sein.»

Die *IG eHealth, SDV* und *SHV* bemerken, dass aus Gründen der Rechtsgleichheit die Finanzhilfen an Stammgemeinschaften und Gemeinschaften gewährt werden müssten. Dabei solle das gleiche Kriterium zur Anwendung kommen, das sich bei der Anschubfinanzierung bewährt habe. So solle eine Beteiligung der Kantone oder von Dritten die Voraussetzung sein, Mittel vom Bund zu erhalten. Deshalb wird folgende Änderung von **Absatz 3** vorgeschlagen: «Die Finanzhilfen werden nur gewährt, wenn sich die Kantone oder Dritte in mindestens gleicher

Höhe an den jährlichen Kosten der Stammgemeinschaft und Gemeinschaften für den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers beteiligen. Die Beteiligung der Kantone oder Dritten muss vor der Einreichung der Gesuche um Finanzhilfen durch die Stammgemeinschaften oder Gemeinschaften erfolgt sein. ~~National tätige (ohne kantonale Träger-schaft) Stammgemeinschaften/Gemeinschaften erhalten nur den Bundesanteil der Finanzhilfen.~~»

Zu **Absatz 3** führen die *SGMI* und *CH++* aus, dass das EPD von nationalem Interesse und die Beteiligung der Kantone wichtig sei, allerdings seien die Finanzhilfen grundsätzlich zu leisten und sollten nicht abhängig von allfälligen Kantonsentscheiden sein. Die *SGMI* schlägt folgende Neuformulierung vor: «Die Finanzhilfen sind Bestandteil des Public Health Auftrags und werden hälftig zwischen Bund und Kantonen aufgeteilt.»

Für den *SVDG* und *VGI.ch* ist unklar, wie interkantonal tätige (Stamm-)Gemeinschaften die Beiträge der Kantone nachweisen sollen. Zusätzlich sollen analog den bisherigen Beihilfen auch Beihilfen Dritter angerechnet werden. Folgende Änderung von **Absatz 3** wird vorgeschlagen: «Die Finanzhilfen werden nur gewährt, wenn sich die Kantone oder Dritte in mindestens gleicher Höhe an den jährlichen Kosten der (Stamm-)Gemeinschaft für den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers beteiligen. Es ist die Höhe der gesamten kantonalen Beihilfen oder jener von Dritten in Summe massgebend. Die Beteiligung der Kantone oder Dritter muss vor der Einreichung der Gesuche um Finanzhilfen durch die (Stamm-)Gemeinschaften erfolgt sein.»

abilis führt aus, dass die praktischste und einfachste Art um zu überprüfen, ob die kantonale Beteiligung mindestens gleich hoch ist wie diejenige des Bundes, darin bestehe, vorzusehen, dass die kantonale Beteiligung ebenfalls in Form eines festen Betrags pro Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers erfolge (wie dies in Artikel 23a Absatz 2 für die Beteiligung des Bundes vorgesehen ist). Zudem ermögliche nur eine Kantonsbeteiligung in Form eines festen Betrags pro Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers die Einhaltung des (in den Artikeln 8 und 27 der BV verankerten) Verfassungsgrundsatzes der Gleichbehandlung. *abilis* schlägt deshalb folgende Änderung von **Absatz 3** vor: «Die Finanzhilfen werden nur gewährt, wenn sich die Kantone in mindestens gleicher Höhe an den jährlichen Kosten der Stammgemeinschaft für den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers beteiligen. Die Beteiligung der Kantone muss ebenfalls in Form eines festen Betrags pro eröffnetes Patientendossier für einen bzw. eine in ihrem Hoheitsgebiet wohnhaften Patienten bzw. wohnhafte Patientin erfolgen, und zwar unabhängig davon, bei welcher Stammgemeinschaft der Patient bzw. die Patientin sein bzw. ihr Dossier eröffnet hat. Die Beteiligung der Kantone muss vor der Einreichung der Gesuche um Finanzhilfen durch die Stammgemeinschaften erfolgt sein». *Subsidiär* schlägt *abilis* folgende Ergänzung von **Absatz 2** «Für nationale Stammgemeinschaften, die keine kantonale Finanzierung erhalten, wird dieser Betrag verdoppelt.» sowie einen neuen **Absatz 3^{bis}** vor: «Bei nationalen Stammgemeinschaften ist eine vorherige Beteiligung der Kantone nicht erforderlich.»

AD Swiss fordert aus Gründen der Rechtsgleichheit, dass die Finanzhilfen an (national tätige) Stammgemeinschaften und Gemeinschaften gewährt werden müssten. Dabei solle das gleiche Kriterium zur Anwendung kommen, das sich bei der Anschubfinanzierung bewährt habe. So soll eine Beteiligung der Kantone oder von Dritten die Voraussetzung sein, Mittel vom Bund zu erhalten. Sie schlägt folgende Anpassung von **Absatz 3** vor: «Die Finanzhilfen werden nur gewährt, wenn sich die Kantone oder Dritte in mindestens gleicher Höhe an den jährlichen Kosten der Stammgemeinschaft, Gemeinschaft und Identitätsprovider für den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers beteiligen. Die Beteiligung der Kantone oder Dritten muss vor der Einreichung der Gesuche um Finanzhilfen durch die Stammgemeinschaften oder Gemeinschaften sowie Identitätsprovidern erfolgt sein.». Die *HIN* schliesst sich diesem Antrag an.

eSANITA führt aus, dass einzelne Kantone auf fehlende kantonale gesetzliche Grundlagen für eine finanzielle Beteiligung am EPD und die lange Zeitdauer und Ungewissheit zur Schaffung der erforderlichen Gesetzesgrundlagen verwiesen. Insbesondere in den Ostschweizer Kantonen werde das EPD bislang als Aufgabe der Leistungserbringer und nicht der Kantone angesehen. Die Finanzierung der Stammgemeinschaft *eSANITA* erfolge ausschliesslich aus

Beiträgen der angeschlossenen Leistungserbringer. Diese würde aufgrund (momentan noch) fehlender gesetzlicher Grundlagen in den Kantonen somit auch vom Bund überhaupt keine Finanzhilfen erhalten, obwohl die Kosten durch die Stammgemeinschaft und deren Leistungserbringer (als Dritte) selber getragen würden. Im Hinblick auf geplante Gesetzesänderungen in den Kantonen sollen für die Gesuchs Einreichung der Stammgemeinschaften bereits auch kantonale Zusicherungen oder Zusicherungen Dritter genügen. eSANITA macht folgenden Vorschlag für **Absatz 3 Satz 2**: «Die Finanzhilfen werden nur gewährt, wenn sich die Kantone oder übergangsweise auch Dritte in mindestens gleicher Höhe an den jährlichen Kosten der Stammgemeinschaft für den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers beteiligen. Die Beteiligung der Kantone oder Dritten muss ~~vor~~ zum Zeitpunkt der Einreichung der Gesuche um Finanzhilfen durch die Stammgemeinschaften erfolgt zugesichert sein.». Darüber hinaus gibt eSANITA zu bedenken, dass den Kantonen die relevanten Informationen der Stammgemeinschaften fehlten, welche EPD-verpflichteten Gesundheitsinstitutionen auf ihrem Kantonsgebiet bei welcher EPD Stammgemeinschaft angeschlossen seien. Für den Erhalt von kantonalen Finanzhilfen sollten die Stammgemeinschaften zur periodischen Mitteilung dieser Informationen an die Kantone verpflichtet werden. Er beantragt eine **Ergänzung von Absatz 3**: «Dazu melden die Stammgemeinschaften den Kantonen quartalsweise die im nationalen EPD-Verzeichnis registrierten GFP und -institutionen. Dies ermöglicht den Kantonen die Überwachung der gesetzlichen EPD-Pflicht der Gesundheitsinstitutionen auf ihrem Kantonsgebiet und dient als Grundlage zur Festlegung unterstützungswürdiger Stammgemeinschaften und Beteiligung im Rahmen der kantonalen EPD-Informationskampagne».

Die WEKO schlägt aufgrund einer eventuellen Ungleichbehandlung zwischen von Kantonen gegründeten Stammgemeinschaften und anderen Stammgemeinschaften folgende Anpassung von **Absatz 3** vor: «Die Finanzhilfen werden nur gewährt, wenn sich die Kantone in mindestens gleicher Höhe an den jährlichen Kosten der Stammgemeinschaft für den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers beteiligen. Die Beteiligung der Kantone muss ebenfalls in Form eines festen Betrags pro eröffnetes Patientendossier für einen bzw. eine in ihrem Hoheitsgebiet wohnhaften Patienten bzw. wohnhafte Patientin erfolgen, und zwar unabhängig davon, bei welcher Stammgemeinschaft der Patient bzw. die Patientin sein bzw. ihr Dossier eröffnet hat. Die Beteiligung der Kantone muss vor der Einreichung der Gesuche um Finanzhilfen durch die Stammgemeinschaften erfolgt sein.»

4.1.4.4 Absatz 4

Bezüglich der Verhinderung der Übersubventionierung besteht beim SVDG und VGI.ch Unklarheit, ob die Finanzhilfen in Bezug auf die Dossier Eröffnung nun maximal 50 % der effektiven Kosten (IDM 15 Franken) oder der maximalen 100 % Beihilfe von Bund und Kantonen bzw. Dritter entsprechen dürfe. Sie schlagen folgende Änderung von **Absatz 4** vor: «Können für den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers andere Bundessubventionen beansprucht werden, so dürfen die gesamten Bundesmittel höchstens die Hälfte der entsprechenden Finanzhilfen von Bund und Kantonen bzw. Dritter insgesamt Kosten betragen.»

4.1.4.5 Änderungsanträge zu mehreren Absätzen

Der Kanton ZG weist darauf hin, dass er – wie wohl auch die meisten anderen Kantone – nicht über eine genügende gesetzliche Grundlage zur Gewährung von Finanzhilfen an Stammgemeinschaften gemäss Art. 23a EPDG verfügt. Sollten sich die Kantone an der Finanzierung des elektronischen Patientendossiers beteiligen, sei zu prüfen, ob auf Bundesebene eine gesetzliche Grundlage für entsprechende Zahlungen durch die Kantone geschaffen werden könne, zumal die Rechtsetzungsverfahren in den Kantonen kaum rechtzeitig zum Abschluss gebracht werden könnten. Der Kanton ZG schlägt folgende Änderung des Artikel 23a EPDG vor:

Absatz 1 Satz 1:

~~«Die Finanzhilfen werden nur gewährt, wenn sich die Kantone in mindestens gleicher Höhe an den jährlichen Kosten der Stammgemeinschaft für den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers beteiligen.~~ Der Bund und die Kantone gewähren den

Stammgemeinschaften Finanzhilfen für die Sicherstellung der Finanzierung des Betriebs und der Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers.»

Streichung von Absatz 3.

Absatz 4:

«Bund und Kantone beteiligen sich je zur Hälfte an den Finanzhilfen. Können für den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers andere Bundessubventionen beansprucht werden, so dürfen die gesamten Bundesmittel höchstens die Hälfte der entsprechenden Kosten betragen.»

Damit die Gleichbehandlung von Stammgemeinschaften, welche finanzielle Unterstützung eines Kantons erhalten und solchen, die keine erhalten, mittels Ausgleichs durch den Bund sichergestellt werden kann, schlagen die Organisationen *AAV, AVKZ, CLPh, LAV, pharmaSuisse* und *Sphf* **subsidiär** folgende Änderung des **Absatz 2** vor: «Die Finanzhilfen werden in Form eines festen Betrags pro eröffnetes Patientendossier ausgerichtet. Der Bundesrat legt dessen Höhe fest. Insofern die kantonale Unterstützung wegfällt, kann im Einzelfall auf Antrag eine zusätzliche Unterstützung durch den Bund ausgerichtet werden. Der Betrag ist beschränkt auf die Höhe des kantonalen Beitrages nach Massgabe der eröffneten Dossiers.»

Die Organisationen *AAV, AVKZ, CLPh, LAV, pharmaSuisse* und *Sphf* erachten es als kritisch, dass die Finanzierung der Weiterentwicklung ebenfalls mit der Finanzierung durch die Kantone verknüpft ist. Konkret hätten Stammgemeinschaften, welche wenig oder keine Unterstützung eines oder mehrerer Kantone erhalten, keinen Anspruch auf eine Finanzierung. Dadurch ergebe sich ein Ungleichgewicht zwischen den kantonal finanzierten Stammgemeinschaften und nicht kantonal finanzierten Stammgemeinschaften. Dieses Ungleichgewicht könne einen wesentlichen Impact auf die Roadmap des EPD und der Digitalisierung im Gesundheitswesen haben. Im Vordergrund stehe damit nicht die Leistungsfähigkeit und Qualität der Stammgemeinschaft, sondern lediglich, ob die Finanzierung durch den Kanton sichergestellt werden könne. Sie schlagen daher **subsidiär** folgende Neuformulierung von **Absatz 3 Satz 1** vor: «Die Finanzhilfen für den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers werden nur gewährt, wenn der Kanton, in dem die Patientin oder der Patient wohnt, sich an den jährlichen Kosten für den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers bei der Stammgemeinschaft, welche das Patientendossier eröffnet hat, beteiligt.» Der *LAV* schlägt folgende Ergänzung von **Absatz 3 Satz 2** vor: «Die Zustimmung zur Beteiligung der Kantone muss vor der Einreichung der Gesuche um Finanzhilfen durch die Stammgemeinschaften erfolgt sein.»

Gemäss den Organisationen *AAV, AVKZ, CLPh, LAV, pharmaSuisse* und *Sphf* sollen nicht die kantonalen Beiträge an die Stammgemeinschaften vom Bund erneut ausgerichtet werden, sondern es sollen anteilmässig jene Stammgemeinschaften finanziell unterstützt werden, welche im betreffenden Kanton elektronische Patientendossiers eröffnet haben. Die finanzielle Unterstützung des Bundes erfolge damit nicht unabhängig der finanziellen Unterstützung der Kantone, aber nicht zwingend an die gleiche Stammgemeinschaften, sondern an jene, welche für die meisten Eröffnungen zuständig seien. Damit würden national tätige Stammgemeinschaften den kantonal oder regional auftretenden Stammgemeinschaften gleichgestellt. Sie schlagen deshalb **subsidiär** folgende Änderung von **Absatz 4** vor: «Die finanzielle Unterstützung des Bundes geht anteilig an jene Stammgemeinschaft in der Höhe, der im betreffenden Kanton eröffneten, elektronischen Patientendossiers». **Subsidiär** werde der bisherige **Absatz 4** dann zu **Absatz 5**.

4.1.5 Art. 23b Höchstbetrag

Die Bundesversammlung legt mit einem Zahlungsrahmen den Höchstbetrag fest, bis zu dem der Bund Finanzhilfen gewähren darf.
--

Für die *Post* ist unklar was passiert, wenn der Höchstbetrag von 30 Millionen Franken vor Inkrafttreten der umfassenden Revision aufgebraucht ist.

4.1.6 Art. 23c Verfahren

¹ Gesuche um Finanzhilfen sind beim BAG einzureichen.

² Das BAG gewährt Finanzhilfen mittels Verfügung.

Keine Bemerkungen.

4.1.7 Art. 26a Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...

Die Finanzhilfen nach dem 7a. Abschnitt werden auch für elektronische Patientendossiers gewährt, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom ... eröffnet wurden.

4.1.7.1 Bemerkungen

Die Kantone *AG, AI, BE, BL, LU, SO, TI, UR* und die *GDK* führen aus, dass in den Erläuterungen ausgeführt werde, dass grundsätzlich « (...) für alle seit der Zertifizierung bis Ende des Vorjahres eröffneten elektronischen Patientendossiers Finanzhilfen gewährt werden» können. Diese wichtige Präzisierung fände sich in der Verordnung nicht.

Der Kanton *BE* merkt an, dass die Umsetzung der Übergangsbestimmung, wonach Finanzhilfen nach dem 7a. Abschnitt auch für elektronische Patientendossiers gewährt werden, die vor dem Inkrafttreten der Änderung eröffnet wurden, eine Präzisierung in der Verordnung bedinge. Er gehe davon aus, dass die betroffenen Dossiers mit dem ersten Gesuch geltend gemacht werden müssten.

Die *IG eHealth, SHV* und die *Post* fordern die Rückwirkung sei bis Anfang 2022 zu begrenzen.

Die *Post* ist der Meinung, dass die Finanzhilfen nicht ineffiziente Strukturen festigen sollten, sondern einen Beitrag an ein nachhaltiges EPD für die Zukunft leisteten. Sie schlägt zwei zusätzliche Kriterien (Anzahl angeschlossene, publizierende Leistungserbringer und Integration zusätzlicher relevanter Services) vor.

4.1.7.2 Änderungsanträge

Gemäss *IG eHealth, SDV, SHV* und *AD Swiss* sehe das geltende EPDG Stammgemeinschaften und Gemeinschaften vor. Diese seien aus rechtlichen Überlegungen gleich zu behandeln. Die *IG eHealth, SHV* und *AD Swiss* schlagen Finanzhilfen vor für den Anschluss von Bürgerinnen und Bürger (gemäss Vorschlag Bundesrat), für den Anschluss von ambulanten Leistungserbringern (neu) und die Integration von EPD-Kernservices (neu). Festzulegen sei, wer die Kernservices definiert. Im Vordergrund stünden der Bundesrat, das BAG, eHealth Suisse, oder die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen ELGK. Es wird folgende Änderung von **Artikel 26a** vorgeschlagen: «~~Die Finanzhilfen nach dem 7a. Abschnitt werden auch für elektronische Patientendossiers gewährt, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom ... eröffnet wurden.~~ Die Finanzhilfen nach Abschnitt 7a werden gewährt für:

- a. Elektronische Patientendossiers, die ab dem Inkrafttreten der Änderung vom DATUM eröffnet werden
- b. für Gesundheitsfachpersonen, die sich ab dem Inkrafttreten der Änderung vom DATUM einer Stammgemeinschaft/Gemeinschaft anschliessen.
- c. Für die Integration von EPD-Kernservices.

Der Bundesrat bestimmt die Einzelheiten.»

Die *ADTG* und *HIN* schliessen sich diesem Änderungsvorschlag an.

axsana beantragt, diesen Artikel wie folgt anzupassen: «Die Finanzhilfen nach dem 7a. Abschnitt werden auch für elektronische Patientendossiers und produktive Gesundheitsfachperson gewährt, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom ... eröffnet bzw. produktiv gesetzt wurden.»

4.2 EPDFV

4.2.1 Ingress

Der Schweizerische Bundesrat,

gestützt auf Artikel 23a Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015⁸ über das elektronische Patientendossier (EPDG),
verordnet:

Keine Bemerkungen.

4.2.2 Art. 1 Gegenstand

Diese Verordnung regelt die Gewährung von Finanzhilfen nach dem 7a. Abschnitt des EPDG.

Keine Bemerkungen.

4.2.3 Art. 2 Grundsatz

¹ Um Finanzhilfen ersuchen können Stammgemeinschaften nach Artikel 2 Buchstabe e EPDG.

² Es besteht kein Anspruch auf Finanzhilfen.

4.2.3.1 Absatz 1

Die *ASPS* führt aus, dass nebst dem Anreiz möglichst viele Patientendossiers zu eröffnen, auch die Anbindung von Leistungserbringern gefördert werden sollte. Je schneller alle Beteiligten an Bord seien, desto schneller seien die positiven Effekte des EPD spürbar. (z.B. Kosteneinsparungen). **Absatz 1** sei entsprechend zu ergänzen.

Die *IGMG* führt zu diesem Artikel dasselbe aus wie zu Artikel 23a EPDG. Sie schlägt folgende Änderung des **Absatz 1** vor: «Um Finanzhilfen ersuchen können Stammgemeinschaften und Leistungserbringer nach Artikel 2 Buchstabe e EPDG.»

Die *ADTG*, *IG eHealth*, *SDV* und *SHV* schlagen aus Gründen der Gleichbehandlung von national tätigen Stammgemeinschaften/Gemeinschaften vor, **Absatz 1** wie folgt zu ändern: «Um Finanzhilfen ersuchen können Stammgemeinschaften und Gemeinschaften nach Artikel 2 Buchstabe d-e EPDG.» *axsana* schliesst sich dieser Forderung an, da in die Berechnungsmethodik die Anzahl neu produktiver GFP einbezogen werden müsse, womit folglich auch Gemeinschaften bezugsberechtigt seien.

Die *Spitex* fordert in **Absatz 1** seien, wie auch bei weiteren EPDFV-Artikeln nötige Anpassungen vornehmen, damit Gemeinschaften und Stammgemeinschaften mitgemeint sind.

Aufgrund der geforderten Gleichbehandlung von national tätigen Stammgemeinschaften/Gemeinschaften und IDP beantragt *AD Swiss* folgende folgende Änderung von **Absatz 1**: «Um Finanzhilfen ersuchen können Stammgemeinschaften und Gemeinschaften nach Artikel 2 Buchstabe e EPDG sowie zertifizierte Identitätsprovider». Die *HIN* schliesst sich diesem Antrag an.

4.2.3.2 Absatz 2

Der Kanton *ZH* führt aus, dass ein Anspruch bestehe, wenn die Voraussetzungen für die Gewährung der Finanzhilfe im Rahmen der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel erfüllt seien. Er beantragt die Streichung von **Absatz 2**.

⁸ SR 816.1

4.2.4 Art. 3 Betrag pro eröffnetes elektronisches Patientendossier

¹ Eine Stammgemeinschaft erhält pro eröffnetes elektronisches Patientendossier 15 Franken.

² Reichen die finanziellen Mittel nicht aus, um allen gesuchstellenden Stammgemeinschaften die volle Finanzhilfe zu gewähren, so wird der Betrag pro eröffnetes elektronisches Patientendossier im betreffenden Gesuchsjahr derart gekürzt, dass allen Stammgemeinschaften der gleiche Betrag pro eröffnetes elektronisches Patientendossier zugesprochen wird.

4.2.4.1 Absatz 1

Der *BE* merkt an, dass der Betrag von 15 Franken zu tief bemessen sei.

Der Kanton *BS* führt aus, dass der Betrag von total 30 Franken (15 Franken Bund, 15 Franken Kanton) pro EPD die Vollkosten nicht deckt. Er schlägt deshalb einen Betrag von total 40 Franken vor. Auch der Kanton *AG* schlägt vor, in **Absatz 1** den Betrag auf mindestens 20 Franken zu ändern.

Die Kantone *FR*, *VS* und *Cara* sowie die *KSG* finden den Vorschlag von 15 Franken pro EPD-Eröffnung ungenügend. Sie hätten eine grosse Anzahl an EPD auf unterschiedliche Weise (Anmeldung am Schalter oder Online-Anmeldung) und mit unterschiedlichen elektronischen IDM eröffnet. Sie stützten sich also bei dieser Aussage auf eigene Erfahrungen. Bei einer vollständigen Eröffnung vor Ort würden folgende Aufgaben durchgeführt: Information der Patientin oder des Patienten; Erstellung des IDM-Kontos; Bestätigung der Identität; Ausfüllen der Einverständniserklärung; Erstellung des EPD; Durchführung der ersten Anmeldung oder, im Falle einer Online-Eröffnung, Zusendung der temporären Codes an die Patientin oder den Patienten. *CARA* begleite die Patienten auch bei der erstmaligen Vergabe von Zugriffsrechten und bei der Beantragung der Veröffentlichung von Dokumenten bei Gesundheitsinstitutionen. Selbst wenn man das Anfordern von Dokumenten oder das Erteilen von Zugriffsrechten nicht mitrechne, koste die Eröffnung eines EPD zwischen 75 und 100 Franken. Hinzu kämen die Kosten für den Betrieb der Tools, welche die Anbieter der Stammgemeinschaft in Rechnung stellen, wie das IDM selbst, gegebenenfalls die Videoidentifikation, die Tools zur Verwaltung von Einwilligungen oder der Teil der Post-E-Health-Plattform, der zur Erstellung des EPD verwendet wird. Es sei daher eine finanzielle Unterstützung von mindestens 50 Franken erforderlich. Die Unterstützung des Patienten bei der Anforderung von Dokumenten bei bestimmten Institutionen und der Vergabe von ersten Zugriffsrechten sei zwar nicht gesetzlich vorgeschrieben, könne aber den Nutzen des EPD schnell erhöhen. Sie schlagen folgende Änderung des **Absatz 1** vor: «Eine Stammgemeinschaft erhält pro eröffnetes elektronisches Patientendossier ~~15~~ 50 Franken.»

Der Kanton *JU* ist ebenfalls der Meinung, dass eine finanzielle Unterstützung von mindestens 50 Franken notwendig ist, um die Einführung des EPD in der Schweiz während der Übergangsphase zu fördern und wirklich voranzutreiben. Angesichts der Beträge, die von den Westschweizer Kantonen bereits investiert wurden, werde diese finanzielle Unterstützung dringend erwartet. Er schliesst sich deshalb dem Änderungsantrag an mit folgender Ergänzung: «Eine Stammgemeinschaft erhält pro eröffnetes elektronisches Patientendossier im Minimum ~~15~~ 50 Franken.»

Der Kanton *NE* führt aus, dass der Betrag von 15 Franken pro eröffnetem elektronischem Patientendossier ist zu niedrig sei. Die finanzielle Unterstützung nur auf die Kosten für die Herausgabe des IDM zu stützen, sei zu restriktiv. Die Stammgemeinschaften müssten erhebliche jährliche Betriebskosten tragen, um einen qualitativ hochwertigen Dienst zu erbringen. Dazu gehörten Kosten für die Plattform, die Zertifizierung der Stammgemeinschaft, die Kommunikation, die Ausbildung, die Eröffnung von EPD (Stand + Personal), die Herausgabe eines IDM im Sinne des EPDG und die Unterstützung. Die Kosten die Herausgabe eines IDM schwanke zwischen 25 und 30 Franken. *NE* beantragt folgende Änderung von **Absatz 1**: «Eine Stammgemeinschaft erhält pro eröffnetes elektronisches Patientendossier ~~15~~ 30 Franken.»

Der Kanton *SO* ist der Meinung, dass die Formulierung von Artikel 3 Absatz 1 in Zusammenhang mit Artikel 5 Absatz 2 Buchstabe b dazu führe, dass der Bund keinen Betrag sprechen könne, falls der Kanton einen niedrigeren Betrag pro eröffnetes EPD ausrichte und führt folgendes Beispiel an: eine Stammgemeinschaft kann für einen Betrag von 28 Franken ein EPD eröffnen. Der Kanton beteiligt sich mit einem Betrag von 14 Franken pro EPD. In diesem

Fall einer (effizienten) EPD-Eröffnung könne der Bund keinen Betrag sprechen. SO schlägt deshalb folgende Änderung von **Absatz 1** vor: «Eine Stammgemeinschaft erhält pro eröffnetes elektronisches Patientendossier maximal 15 Franken.»

Die *IGMG* führt an, dass mit dem Eröffnen des Dossiers bzw. der zur Verfügung Stellung der technischen Plattform der Nutzen des EPD noch nicht gegeben sei. Die Daten müssten eingegeben werden. Im Weiteren könne die Stammgemeinschaft von Skaleneffekten profitieren, wobei der LERB bei jedem Dossier erneut individuelle Daten eingeben müsse und wenig Skaleneffekt habe. Es sollten insbesondere Grundversorger motiviert werden, die Gesundheits-Daten ihrer Patientinnen und Patienten zu erfassen. Sie schlägt folgende Änderung des **Absatz 1** vor: «Eine Stammgemeinschaft erhält pro eröffnetes elektronisches Patientendossier 15 Franken. Die Stammgemeinschaft erhält für die ersten 10'000 eröffneten Dossiers 15 Franken, für die nächsten 90'000 Dossiers 10 Franken und für alle weiteren 5 Franken. Die Gesundheitsfachpersonen erhalten für das Befüllen des EPD mit Berichten 5 Franken pro Dossier und für die Eingabe von strukturierten Daten 10 Franken pro Dossier pro Quartal.»

Die *SGMI* und *CH++* führen aus, dass die Neu-Eröffnung trügerisch sein könne, weil mit Werbemassnahmen u.U. schnell EPD eröffnet, aber dann nicht genutzt würden. Zudem werde bei einem Wechsel der Stammgemeinschaft der Betrag mehrfach fällig. Der Bund habe ein Interesse an einem nachhaltig genutzten EPD, entsprechend sollte der Betrieb sichergestellt werden. Sie schlagen folgende Änderung von **Absatz 1** vor: «Eine Stammgemeinschaft erhält pro eröffnetes elektronisches für ein ganzjährig (12 Monate) betriebenes Patientendossier einen Grundbeitrag von 15 5 Franken. Bund und Kantone legen gemeinsam eine Liste von nutzenstiftenden und klar definierten Prozessabbildungen fest, welche voll funktional zur Verfügung gestellt mit je 5 Franken pro Prozessabbild und ganzjährig betriebenem Dossier bis zu einem Maximalbeitrag (gesamte Finanzhilfe inklusive Grundbeitrag) von 15 Franken.»

axsana führt aus, dass wenn der Fokus auf den Aufbau des Ökosystems gelegt werde und entsprechend sowohl die EPD als auch die GFP berücksichtigt würden, die in der Vorlage notierte Berechnungslogik geändert werden müsse. Die Berechnungen des Bundes gingen davon aus, dass bis zur umfassenden Revision des EPDG 2 Millionen Dossiers eröffnet würden. Daraus leite sich der Zahlungsrahmen der Vorlage von 30 Millionen Franken ab. Würden zusätzlich die produktiven GFP berücksichtigt, müssten die Berechnungen angepasst werden. *axsana* schlägt vor, den Betrag pro eröffnetes Dossier bei 15 Franken zu belassen und zusätzlich neu produktive GFP mit ebenfalls 15 Franken anzurechnen. Die aktuelle Verpflichtung zum Anschluss an eine Gemeinschaft umfasse aktuell Spitäler bzw. Pflegeheime nach Artikel 39 Absatz 1 bzw. 3 oder Art. 49 Abs. 4 KVG sowie Ärztinnen/Ärzte sowie Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte/Ärztinnen dienen, wenn sie eine Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) beantragen. Sie gehen bis 2027 von ca. 200'000 GFP aus, die produktiv seien. Bis 2027 ergäbe das so einen Zahlungsrahmen von 30 Millionen Franken für EPDs und von 3 Millionen Franken für die GFP. Gesamthaft ergäbe das einen maximalen Betrag von 33 Millionen Franken. Es sei ein **neuer Absatz 2** einzufügen: «Eine (Stamm-)Gemeinschaft erhält pro neu produktive Gesundheitsfachperson 15 Franken.»

eSANITA gibt zu bedenken, dass die in den Erläuterungen aufgeführten Gesamtkosten für ein effizient herausgegebenes IDM nach EPDG auch bei einem vollständig online eröffneten Patientendossier inkl. IDM den effektiven Aufwand nur teilweise deckten. Ergänzend dazu seien auch physische EPD-Eröffnungsstellen erforderlich, beispielsweise für Personen, welche auf persönliche Unterstützung bei der EPD-Eröffnung angewiesen sind oder im Rahmen einer medizinischen Behandlung (z.B. Spital, Alters- und Pflegeheim). Da der Betrieb physischer EPD-Eröffnungsstellen wesentlich kostenintensiver sei, solle in solchen Fällen der Beitrag pro eröffnetes elektronisches Patientendossier verdoppelt werden. Er schlägt folgende Änderung von **Absatz 1** vor: «Eine Stammgemeinschaft erhält pro eröffnetes elektronisches Patientendossier 50 Franken. Im Falle eines vollständig physisch eröffneten Patientendossiers verdoppelt sich dieser Betrag.».

Da die Übergangsfinanzierung ist zu einseitig auf die Dossier Eröffnung ausgerichtet sei, fordert *eSANITA*, dass sie zusätzlich auch Beiträge an die jährlichen Betriebskosten der Stamm-

gemeinschaften anhand der effektiven Anzahl produktiv angeschlossener Institutionen umfassen sollte. Die im EPD registrierte Anzahl an Gesundheitsfach- und Hilfspersonen einer Institution korrespondiere in der Regel mit der Grösse der Institution und mit dem damit verbundenen Aufwand. Die Gesundheitsfach- und Hilfspersonen seien ebenfalls mit einem IDM nach EPD auszustatten. Die digitale Anbindung von Primärsystemen an die Stammgemeinschaft und die damit verbundene Bereitstellung medizinischer Dokumente ins Patientendossier sei für die gesetzlich verpflichteten Leistungserbringer aufwändig und komplex und solle mit Beiträgen gefördert werden. Ein «leeres EPD» stiftet letztlich keinen Nutzen in der Bevölkerung. eSANITA beantragt einen **zusätzlichen Absatz**: «Eine Stammgemeinschaft erhält für jede im EPD registrierte Gesundheitsfachperson oder Hilfsperson jährlich 150 Franken. Im Falle einer digitalen Bereitstellung von medizinischen Dokumenten aus dem Primärsystem eines Leistungserbringers ins Patientendossier verdoppelt sich dieser Betrag.».

Bezüglich **Absatz 1** ist für die *Post* unklar, warum sich die Höhe des Betrags von 15 Franken am eingesetzten IDM orientiert. Sie weist darauf hin, dass SwissSign, eine Datensicherheitsspezialisten der Schweizerischen Post, heute ein zertifiziertes IDM anbietet. Der Preis sei aktuell nicht kostendeckend. Insbesondere für kleinere Stammgemeinschaften dürfte der Betrag der Finanzhilfe von 15 Franken zudem ebenfalls nicht kostendeckend sein bzw. zu klein sein, so dass die finanziellen Probleme nicht entschärft werden können. Weiter sei unklar, was «effizient» eingesetzt heisst. Sie schlägt vor, zwei zusätzliche Kriterien zu berücksichtigen (Anzahl angeschlossene, publizierende Leistungserbringer, Integration zusätzlicher relevanter Services).

Die *EKK* bemängelt, dass die Bestimmung die tatsächliche Anzahl möglicher neuer EPD nicht berücksichtige und ausser Acht lasse, dass sich die Kantone ebenfalls bis zu 50 Prozent an der Finanzierung beteiligen müssten.

4.2.4.2 Absatz 2

Die *ASPS* bemängelt, dass die in **Absatz 2** vorgesehene Kürzung für die Planungssicherheit der Stammgemeinschaften nicht zumutbar sei, und sei auch nicht im Sinne, dass möglichst viele EPD eröffnet werden. Sie schlägt vor, dass wenn die finanziellen Mittel nicht ausreichen, um allen Gesuchs stellenden Stammgemeinschaften die volle Finanzhilfe zu gewähren, die Stammgemeinschaften dazu verpflichtet werden können, einen Teil der eröffneten EPD ins neue Finanzjahr vorzutragen und (verzögert) abzurechnen.

Der *SVDG* und *VGI.ch* führen aus, dass Absatz 2 bedeute, dass Finanzhilfen bis 2027 linear auf die Jahre verteilt werden sollen und damit z.B. eine erwünschte exponentielle Steigerung von Dossier Eröffnungen oder Anschlüssen von Leistungserbringern innerhalb eines Jahres künstlich ausgebremst würde. Die Beiträge sollten keine jährlichen Einschränkungen des Anspruchs auf Finanzhilfen beinhalten. Sie fordern die ersatzlose Streichung von **Absatz 2**.

Die *Post* ortet in Bezug auf **Absatz 2** Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser Regelung. Die Regeln während des Prozesses zu ändern, bedeute für die Stammgemeinschaften und die Kantone Planungsunsicherheit.

axsana kritisiert die Kürzung aus **Absatz 2**, wenn der Gesamtbetrag die zur Verfügung stehenden Mittel übersteigt. Das würde ein die Annahmen des Bundes übersteigendes Wachstum bestrafen. Sie fordert aus diesem Grund eine Übertragungslösung und schlägt folgende Änderung vor: «Reichen die finanziellen Mittel nicht aus, um allen gesuchstellenden Stammgemeinschaften die volle Finanzhilfe zu gewähren, so können überzählige Dossier resp. Gesundheitsfachpersonen von den Stammgemeinschaften auf das Folgejahr übertragen werden wird der Betrag pro eröffnetes elektronisches Patientendossier im betreffenden Gesuchsjahr derart gekürzt, dass allen Stammgemeinschaften der gleiche Betrag pro eröffnetes elektronisches Patientendossier zugesprochen wird.»

4.2.4.3 Änderungsanträge zum ganzen Artikel

Die *ADTG* schlägt eine Erhöhung auf 50 Fr. vor. Damit die Unterstützung substanziell sei, wie dies der Bundesrat schreibe, müsse diese massiv höher ausfallen als die vorgeschlagenen 15 Franken. Sie schlägt folgende Änderung des Artikels vor:

«¹ Eine Stammgemeinschaft erhält pro eröffnetes elektronisches Patientendossier 15 50 Franken.

^{1bis} Eine Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft erhält pro am EPD angeschlossene Gesundheitsfachperson 50 Franken an Bundesmitteln.

² Reichen die finanziellen Mittel nicht aus, um allen gesuchstellenden Stammgemeinschaften und Gemeinschaften die volle Finanzhilfe zu gewähren, so wird der Betrag pro eröffnetes elektronisches Patientendossier und pro angeschlossene GFP im betreffenden Gesuchsjahr derart gekürzt, dass allen Stammgemeinschaften der gleiche Betrag pro eröffnetes elektronisches Patientendossier zugesprochen wird.»

Die *IG eHealth*, *SDV* und der *SHV* führen aus, dass in den Erläuterungen stehe, dass die Gesamtkosten für die Herausgabe eines IDM nach EPDG zwischen 15 und 20 Franken betragen. Diese Summe sei nur ein Teil der Gesamtkosten der Eröffnung eines Patientendossiers. Damit die Unterstützung substantiell sei, wie dies der Bundesrat schreibe, müsse diese massiv höher ausfallen als die vorgeschlagenen 15 Franken. Sie schlagen eine Verdoppelung auf 30 Franken vor. Dies decke die Kosten nicht, wenn ein EPD in einer physischen Eröffnungsstelle (oder mit Online-Support) eröffnet würde. Um die Integration nutzenstiftender EPD-Kernservices zu fördern, solle der Bund diese mit maximal 100'000 Franken (*SDV*, *SHV*, *AD Swiss*, *HIN*) bzw. 150'000 Franken (*IG eHealth*) pro Anwendung finanziell unterstützen. Aus diesen Gründen schlagen sie folgende Änderungen des **Artikels 3** vor:

«¹ Eine Stammgemeinschaft erhält pro eröffnetes elektronisches Patientendossier 15 30 Franken.

^{1bis} Eine Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft erhält pro am EPD angeschlossene Gesundheitsfachperson 30 Franken.»

² Reichen die finanziellen Mittel nicht aus, um allen gesuchstellenden Stammgemeinschaften und Gemeinschaften die volle Finanzhilfe zu gewähren, so wird der Betrag pro eröffnetes elektronisches Patientendossier und pro angeschlossene Gesundheitsfachperson im betreffenden Gesuchsjahr derart gekürzt, dass allen Stammgemeinschaften der gleiche Betrag pro eröffnetes elektronisches Patientendossier zugesprochen wird.

³ Stammgemeinschaften/Gemeinschaften können für die Integration relevanter EPD-Kernservices maximal CHF 100'000 (bzw. CHF 150'000) pro Anwendung gewährt werden.»

Die *ADTG* schlägt ebenfalls einen **Absatz 1^{bis}** vor, allerdings mit einem höheren Betrag: «Eine Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft erhält pro am EPD angeschlossene Gesundheitsfachperson 50 Franken.» Ihr Vorschlag für **Absatz 2** deckt sich mit dem Vorschlag der *IG eHealth*, *SDV* und *SHV*. *AD Swiss* und *HIN* fordern die Berücksichtigung der IDP in **Artikel 1^{bis} und 2**:

«^{1bis} Eine Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft erhält pro am EPD angeschlossene GFP 30 Franken. Identitätsprovider erhalten 15 CHF pro herausgebener eID.

² Reichen die finanziellen Mittel nicht aus, um allen gesuchstellenden Stammgemeinschaften und Gemeinschaften die volle Finanzhilfe zu gewähren, so wird der Betrag pro eröffnetes elektronisches Patientendossier und pro angeschlossene Gesundheitsfachperson sowie pro ausgegebener Identität im betreffenden Gesuchsjahr derart gekürzt, dass allen Stammgemeinschaften allen EPDG zertifizierten Organisationen der gleiche Betrag pro eröffnetes elektronisches Patientendossier, berechtigter GFP, ausgestellter eID zugesprochen wird.»

4.2.5 Art. 4 Höchstbetrag pro Stammgemeinschaft

Einer Stammgemeinschaft kann insgesamt höchstens ein Betrag von 15 Millionen Franken gewährt werden.

Die Kantone *AG*, *BE*, *BL*, *BS*, *LU*, *SO*, *TI*, *UR* und die *GDK* sowie *CH++* merken an, dass die Beschränkung des Höchstbetrags pro Stammgemeinschaft auf 15 Millionen Franken ein Hindernis für allfällige Fusionen von Stammgemeinschaften sein könne. Der Kanton *BE* befürchtet,

dass mit dieser Bestimmung grosse Stammgemeinschaften, wie die *axsana*, die von mehreren Kantonen mitgetragen werden, durch die Begrenzung benachteiligt würden. Zudem verhindere die Bestimmung eine Konsolidierung im Markt, die zu begrüßen wäre. Das Ziel des OneEPD sollte durch die rechtlichen Grundlagen zumindest nicht behindert werden. Der Kanton *BE* und *CH++* beantragen die Streichung von Artikel 4. Der Kanton *BE* regt an, eventualiter eine Ausnahmeregelung für fusionierte Stammgemeinschaften vorzusehen.

Der Kanton *ZH* führt aus, dass sich die Höchstgrenze am geplanten Zahlungsrahmen von 30 Millionen Franken orientiere. Da sich dieser Betrag ändern könne, sei der Höchstbetrag pro Stammgemeinschaft nicht absolut zu formulieren. Er beantragt folgende Änderung: «Einer Stammgemeinschaft kann insgesamt höchstens ein Betrag ~~von 15 Millionen Franken im Umfang von höchstens der Hälfte des Zahlungsrahmens gemäss Art. 23b EPDG~~ gewährt werden.» *axsana* schliesst sich dieser Forderung mit leicht anderer Formulierung an: «Einer Stammgemeinschaft kann insgesamt höchstens ein Betrag ~~von 15 Millionen Franken~~ die Hälfte der zur Verfügung stehenden Finanzhilfe gewährt werden.».

Die *ASPS* fordert, dass die Höchstbeträge pro Stammgemeinschaft aufgrund der Planungssicherheit vorgängig zu definieren und zu kommunizieren seien. Der Artikel sei entsprechen anzupassen.

Aus dem Grund der Gleichbehandlung von national tätigen Gemeinschaften und Stammgemeinschaften schlagen die *IG eHealth*, *SDV* und der *SHV* folgende Änderung vor: «Einer Stammgemeinschaft/Gemeinschaft kann insgesamt höchstens ein Betrag von 15 Millionen Franken gewährt werden.» Die *ADTG* schlägt dieselbe Änderung vor, allerdings mit einem Betrag von 30 Millionen Franken.

Für die *IGMG* ist die Deckelung viel zu hoch und «fresse» zu viel des Kredits für die reine Bereitstellung der Plattform. Sie beschränkt ihren Kommentar darauf, dass auch für Arztpraxen ein Deckel definiert werden solle, mit z.B. der Annahmen, dass ein Grundversorger 1000 Dossiers pro Jahr 2-mal «befüllen» könne. Somit schlägt sie eine Deckelung von 30'000 Franken pro Grundversorger vor, allenfalls tiefere Annahmen für Spezialisten. Ebenfalls wäre es eine Option, dass diese Zahlungen auf 5 Jahre befristet würden, was ein zusätzlicher Ansporn wäre, die Dossiers möglichst bald und möglichst gut (und mit effizienten Backoffice Strukturen) zu befüllen.

Die *SGMI* führt aus, dass ein Höchstbeitrag wenig Sinn macht, weil alles Interesse an möglichst wenigen Stammgemeinschaften hätten (Effizienz, Skalierung, Datentransferprobleme). Über die Finanzhilfe-Verordnung könne (bei Skalierung von Prozessen) der Höchstbeitrag indirekt kontrolliert werden. Sie beantragt die ersatzlose Streichung dieses Artikels.

AD Swiss fordert die Gleichbehandlung von national tätigen Gemeinschaften und Stammgemeinschaften sowie IDP und schlägt folgende Änderung vor: «Einer Stammgemeinschaft/Ge-meinschaft, einem Identitätsprovider kann insgesamt höchstens ein Betrag von 15 Millionen Franken gewährt werden.». Die *HIN* schliesst sich diesem Antrag an.

4.2.6 Art. 5 Gesuch

¹ Gesuche um Finanzhilfen müssen zwischen dem 1. Januar und dem 31. Mai beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) eingereicht werden.

² Sie müssen folgende Angaben enthalten:

- a. die Anzahl der elektronischen Patientendossiers, die bis Ende des Vorjahres neu eröffnet wurden;
- b. den Nachweis der erfolgten Beteiligung durch die Kantone;
- c. den Geschäftsbericht und die Jahresrechnung;
- d. allfällige weitere erhaltene Bundessubventionen.

³ Das BAG weist unvollständige Gesuche zurück und setzt eine angemessene Nachfrist für deren Vervollständigung. Verstreicht die Nachfrist ungenutzt oder sind die Angaben bei Ablauf der Nachfrist weiterhin unvollständig, so tritt das BAG nicht auf das Gesuch ein.

⁴ Es erlässt eine Wegleitung über die Gesuchseinreichung und erstellt die entsprechenden Formulare.

4.2.6.1 Allgemeine Bemerkungen

Die Kantone *AG, AI, BE, BL, LU, SO, TI, UR* und die *GDK* stellen fest, dass die Präzisierung «...für alle seit der Zertifizierung bis Ende des Vorjahres eröffneten elektronischen Patientendossiers Finanzhilfen gewährt werden» (Seite 4, Art. 5. Abs. 2 der Erläuterungen) in der EPDFV fehle und dass dieser Punkt explizit in der Verordnung aufgenommen werden müsse. Der Kanton *BE* schlägt vor, dies in **Artikel 5** oder in einer **Übergangsbestimmung** zu regeln.

4.2.6.2 Absatz 2

Die Kantone *AG, AI, BE, LU, SG, TI, UR* und die *GDK* führen aus, dass es nicht abschätzbar sei, wann die ersten Auszahlungen durch die Kantone erfolgen könnten. Sie schlagen folgende Änderung von **Absatz 2 Buchstabe b** vor: «den Nachweis der zugesicherten ~~erfolgten~~ Beteiligung durch die Kantone;» (*AG, BE, LU, TI, UR, GDK*) bzw. «den Nachweis der erfolgten beabsichtigten Beteiligung durch die Kantone; » (*AI*). Der Kanton *SG* schliesst sich dieser Forderung an, sofern dieser Buchstabe nicht gestrichen werde.

Auch der Kanton *ZH* meint, dass die Finanzhilfe nicht erst nach Auszahlung der Kantone erfolgen solle, sondern bereits bei deren Zusicherung erfolgen. Er beantragt **Absatz 2 Buchstabe b** wie folgt anzupassen: «den Nachweis der ~~erfolgten~~ Beteiligung durch die Kantone;»

Die Organisationen *AAV, AVKZ, CLPh, LAV, pharmaSuisse* und *Sphf* führen zu der subsidiär vorgeschlagenen Änderung von Artikel 23a EPDG aus, dass die Gesuchstellung angepasst werden solle, damit die Finanzhilfen nicht nur an kantonal unterstützte Stammgesellschaften ausbezahlt werden, sondern anteilmässig an jene, welche im entsprechenden Kanton EPD eröffnet haben (Gleichbehandlungsgebot). Sie beantragen die **Streichung von Absatz 2 Buchstabe b** und schlagen einen **neuen Absatz 3** vor: «Die Kantone melden jedes Jahr ihre Finanzhilfen, welche sie für den Betrieb und die Weiterentwicklung des EPD geleistet haben.» Die weiteren Absätze seien entsprechen um zu nummerieren.

Die *ADTG* möchte die Beteiligung Dritter berücksichtigen und schlägt deshalb sowie aus verfahrenstechnischer Vereinfachung folgende Änderung von **Absatz 2** vor:

«Sie müssen folgende Angaben enthalten:

- a. die Anzahl der elektronischen Patientendossiers, die bis Ende des Vorjahres neu eröffnet wurden. ¹_{SEP}
- a^{bis} die eindeutige Anzahl angeschlossener Gesundheitsfachpersonen des Vorjahres;
- b. den Nachweis der ~~erfolgten~~ Beteiligung durch die Kantone oder Dritte;
- c. den Geschäftsbericht und die Jahresrechnung;
- d. allfällige weitere erhaltene Bundessubventionen.»

Die *ASPS* ist der Meinung, dass statt dem Nachweis der erfolgten Beteiligung durch den Kanton, eine Zusicherung ausreichen sollte und schlägt vor, **Absatz 2 Buchstabe b** wie folgt anzupassen: «~~den Nachweis~~ Zusicherung der Beteiligung durch ~~den Kanton~~ die Kantone».

Aus dem Grund der Gleichbehandlung von national tätigen Gemeinschaften und Stammgemeinschaften schlagen die *IG eHealth*, *SDV* und *SHV* folgende Änderung von **Absatz 2** vor: «Sie müssen folgende Angaben enthalten:

- a. die Anzahl der elektronischen Patientendossiers, die bis Ende des Vorjahres neu eröffnet wurden.
- a^{bis} die Anzahl angeschlossener Gesundheitsfachpersonen des Vorjahres;
- b. den Nachweis der erfolgten Beteiligung durch die Kantone oder Dritte;
- c. den Geschäftsbericht und die Jahresrechnung;
- d. allfällige weitere erhaltene Bundessubventionen.»

Die *IGMG* führt an, dass die GFP eine Übersicht einreichen, wie viele Dossiers sie im Vorjahr entsprechend der Vorgaben befüllt haben. Diese Arbeit dürfe, bei Bezug der Finanzhilfe, nicht über die OKP abgerechnet werden.

axsana und die *Post* orten prozessuale Schwierigkeiten, was den Nachweis der Beteiligung der Kantone betrifft. Die aktuelle Formulierung verlange, dass die Mitfinanzierung des Kantons bereits «erfolgt» sei zum Zeitpunkt der Gesuchstellung der Stammgemeinschaft um Finanzhilfen beim Bund. Damit der Kanton die Beteiligung i) budgetieren und ii) freigeben könne, fehlten ihm vorgängig die Informationen von Art. 5 Abs. 2 Bst. a der EPDFV. Mit Blick auf die ehemalige EPDFV vom 22. März 2017, in Kraft bis zum 14. April 2020, habe gemäss Art. 4 Abs. 3 Bst. c im Rahmen der damals vorgesehenen kantonalen Stellungnahme bereits die Bestätigung der zugesicherten kantonalen Mitfinanzierung ausgereicht. Worauf diese sich abstütze, liege in der Hoheit und Verantwortung der Kantone. Diese hätten sicherzustellen, eine entsprechende gesetzliche Grundlage rechtzeitig zu schaffen. Entsprechend sei vorliegend nicht auf den Nachweis, sondern auf eine Zusicherung der Beteiligung durch die Kantone abzustellen. Sie beantragt, **Absatz 2 Buchstabe b** wie folgt zu ändern: «die Zusicherung den Nachweis der Beteiligung durch die Kantone».

eSANITA schlägt vor, dass Stammgemeinschaften für jede im EPD registrierte GFP oder Hilfsperson einen jährlichen Beitrag an die Betriebskosten erhalten. Sein Vorschlag für einen **neuen Buchstaben a^{bis}** von **Absatz 2** lautet: «die Anzahl angeschlossener GFP und Hilfspersonen des Vorjahres».

Bezüglich **Absatz 2 Buchstabe b** verweist *eSANITA* auf die fehlenden kantonalen gesetzlichen Grundlagen für eine finanzielle Beteiligung am EPD und die lange Zeitdauer und Ungewissheit zur Schaffung der erforderlichen Gesetzesgrundlagen. Insbesondere in den Ostschweizer Kantonen werde das EPD bislang als Aufgabe der Leistungserbringer und nicht der Kantone angesehen. Die Finanzierung der Stammgemeinschaft *eSANITA* erfolge ausschliesslich aus Beiträgen der angeschlossenen Leistungserbringer. Diese würde aufgrund (momentan noch) fehlender gesetzlicher Grundlagen in den Kantonen somit auch vom Bund überhaupt keine Finanzhilfen erhalten, obwohl die Kosten durch die Stammgemeinschaft und deren Leistungserbringer (als Dritte) selber getragen würden. Im Hinblick auf geplante Gesetzesänderungen in den Kantonen sollen für die Gesuchseinreichung der Stammgemeinschaften bereits auch kantonale Zusicherungen genügen. Es wird folgende Änderung beantragt: «den Nachweis der ~~erfolgten~~ zugesicherten Beteiligung durch die Kantone oder übergangsweise durch Dritte».

eSANITA führt weiter aus, dass Finanzhilfesuche der Stammgemeinschaften nur dann berücksichtigt werden sollen, wenn diese gegenüber dem Bund nachweisen können, dass sie die gesetzlichen und zertifizierungsrelevanten Vorschriften zur korrekten EPD-Registrierung ihrer EPD-Teilnehmer und zum EPD-Datenaustausch mit anderen Stammgemeinschaften auch tatsächlich erfüllen. *eSANITA* beantragt einen neuen **Buchstaben e** von **Absatz 2**: «den Nachweis der Stammgemeinschaft, dass die GFP und Gesundheitsinstitutionen korrekt und aktuell im nationalen EPD-Verzeichnis registriert sind und der EPD-Datenaustausch mit anderen Stammgemeinschaften funktioniert.».

AD Swiss schlägt aufgrund der geforderten Gleichbehandlung von national tätigen Gemeinschaften und Stammgemeinschaften folgende Änderung von **Absatz 2 Buchstabe a**: «die

Anzahl der elektronischen Patientendossiers, die ~~bis Ende der Anzahl angeschlossener Gesundheitsfachpersonen sowie die Anzahl herausgegebener eID des Vorjahres neu eröffnet wurden;~~ die *HIN* schliesst sich diesem Antrag an.

4.2.7 Art. 6 Verfügung

¹ Das BAG entscheidet in der Regel bis zum 31. August mittels Verfügung.

² Die Verfügung enthält insbesondere:

- a. die Anzahl der berücksichtigten elektronischen Patientendossiers;
- b. die anrechenbaren kantonalen Beiträge;
- c. die Höhe der auszahlenden Finanzhilfe;
- d. die Zahlungsmodalitäten;
- e. einen Hinweis auf die Meldepflicht nach Artikel 7;
- f. einen Hinweis auf die Strafbestimmungen und verwaltungsrechtlichen Sanktionen nach dem 6. Abschnitt des 3. Kapitels des Subventionsgesetzes vom 5. Oktober 1990.

4.2.7.1 Absatz 1

Die *Post* verlangt eine Präzisierung in **Absatz 1**, die ausführt, welcher 31. August genau gemeint ist.

4.2.7.2 Absatz 2

Aus dem Grund der Gleichbehandlung von national tätigen Gemeinschaften und Stammgemeinschaften schlagen die *ADTG*, *IG eHealth*, *SDV* und *SHV* folgende Änderung von **Absatz 2 Buchstabe a** vor: «die Anzahl der berücksichtigten elektronischen Patientendossiers. Für Stammgemeinschaften und Gemeinschaften, die Anzahl angeschlossener Gesundheitsfachpersonen des Vorjahres;».

AD Swiss schlägt aufgrund der geforderten Gleichbehandlung von national tätigen Gemeinschaften und Stammgemeinschaften sowie IDP folgende Anpassung von **Absatz 2 Buchstabe a** vor: «die Anzahl der berücksichtigten elektronischen Patientendossiers. Für Stammgemeinschaften und Gemeinschaften, die Anzahl angeschlossener Gesundheitsfachpersonen des Vorjahres. Für IDP die Anzahl herausgegebener eID;» die *HIN* schliesst sich diesem Vorschlag an.

axsana beantragt, dass in die Berechnungsmethodik die Anzahl neu produktiver GFP einbezogen wird, somit müssten folglich auch Gemeinschaften bezugsberechtigt sein. In **Absatz 2** sei ein **neuer Buchstabe a^{bis}** einzufügen: «die Anzahl der berücksichtigten neu produktiven GFP;».

Bezüglich **Absatz 2 Buchstabe a** ist für die *Post* nicht klar, welche EPD, nicht berücksichtigt werden konnten.

4.2.8 Art. 7 Meldepflicht

Die Empfängerinnen und Empfänger von Finanzhilfen sind verpflichtet, dem BAG wesentliche Änderungen der Voraussetzungen für die Finanzhilfen umgehend zu melden.

Keine Bemerkungen.

4.2.9 Art. 8 Auszahlung

Die Finanzhilfen werden den Stammgemeinschaften innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt der Rechtskraft der Verfügung ausbezahlt.

Aus Gründen der Gleichbehandlung von national tätigen Gemeinschaften und Stammgemeinschaften schlagen die *ADTG, IG eHealth, SDV* und *SHV* folgende Änderung vor: «Die Finanzhilfen werden den Stammgemeinschaften/Gemeinschaften innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt der Rechtskraft der Verfügung ausbezahlt.»

AD Swiss schlägt aufgrund der geforderten Gleichbehandlung von national tätigen Gemeinschaften und Stammgemeinschaften sowie *IDP* folgende Anpassung vor: «Die Finanzhilfen werden den Stammgemeinschaften/Gemeinschaften, Identitätsprovider innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt der Rechtskraft der Verfügung ausbezahlt.» Die *HIN* schliesst sich dieser Forderung an.

4.2.10 Art. 9 Änderung eines anderen Erlasses

Die Verordnung vom 22. März 2017⁹ über das elektronische Patientendossier wird wie folgt geändert:

Art. 16 Einwilligung

Die Stammgemeinschaft hat von der Patientin oder dem Patienten die Einwilligung zur Führung eines elektronischen Patientendossiers einzuholen. Diese muss von der Patientin oder vom Patienten:

- a. eigenhändig unterzeichnet oder mit einer mit einem qualifizierten Zeitstempel verbundenen qualifizierten elektronischen Signatur gemäss Bundesgesetz vom 18. März 2016¹⁰ über die elektronische Signatur signiert sein; oder
- b. mit einem Identifikationsmittel bestätigt werden, das von einem nach Artikel 31 zertifizierten Herausgeber herausgegeben wurde.

Der Kanton *BE* merkt an, dass diese Bestimmung offenlasse, ob eine QES oder ein anderes, durch einen zertifizierten *IDP* zur Verfügung stehendes *IDM* bei der Erteilung der Einwilligung zur Anwendung komme.

Der Kanton *SH* erachtet es als wichtig, dass bei den Sicherheitsansprüchen an die alternativen *IDM* bei der Vereinfachung des Einwilligungsprozesses keine datenschutzrechtlich gefährlichen Konzessionen gemacht würden. Entscheidend sei Artikel 31 der Verordnung über das elektronische Patientendossier vom 22. März 2017 (EPDV; SR 816.11), auf welche in der neuen Bestimmung von Artikel 16 lit. b verwiesen werden soll. Obschon bereits auf Verordnungsstufe geregelt, erscheine die Bestimmung von Artikel 31 EPDV zu vage, insbesondere wegen der Kompetenzdelegation an das EDI in Absatz 2 mit Weiterdelegationsmöglichkeit an das Bundesamt für Gesundheit in Absatz 3. Zur Gewährleistung eines genügenden Datenschutzes sollten die Voraussetzungen von Artikel 23 bis 27 EPDV zwingend eingehalten werden. Den datenschutzrechtlichen Anforderungen an die neu zugelassenen *IDM* sei im Rahmen der Zertifizierung alternativer Herausgeber eine hohe Bedeutung zuzumessen.

Die *IGMG* ist der Meinung, dass es viele weitere Optionen gibt, ein Dossier zu eröffnen, z.B. mit einem videofähigen Computer oder Mobiltelefon und einer zertifizierten Stelle (so wie das Handyanbieter machen), mit dem Postboten an der Haustüre, bei der Einwohnergemeinde etc.

Die *SGMI* führt aus, dass die Einwilligung des Patienten so einfach wie möglich erfolgen solle, so lange ein Opt-In Verfahren bestehe. Das hiesse, dass einerseits Stammgemeinschaften oder aber deren angegliederte Institutionen (letzter über Schnittstellen) bestätigten, dass sie über die Einwilligung des Patienten zur Eröffnung eines EPD verfügten. Eine automatisierte Eröffnung von Patientendossiers (vom Primärsystem aus) müsse nach Einwilligung des Patienten gegenüber der Institution möglich sein. Die Gesundheitsinstitutionen wiesen die Einwilligung des Patienten nach. Die Anforderung an die Zertifizierungsbedingungen der Dossiereröffnungsstellen seien zu erleichtern. Sind digitale Identitäten vorhanden, könnten diese genutzt werden. Incentivierung von Patienten seien zu prüfen. Um die Eröffnung eines Dossiers bei einem Point of Care zu ermöglichen sollten auch die Verordnungen, die diese Dossiereröffnung betreffen (Zertifizierung, ...) entsprechend angepasst werden, damit sie praktisch

⁹ SR 816.11

¹⁰ SR 943.03

und finanziell umsetzbar seien. Sie beantragen folgende Änderung von **Artikel 16 Buchstabe a EPDV**: «Die Stammgemeinschaft muss einen Nachweis der Einwilligung der Patientin oder des Patienten zur Führung eines elektronischen Patientendossiers erbringen können.» **Artikel 16 Buchstabe b EPDV** sei ersatzlos zu streichen.

SwissSign beantragt dasselbe, da es sich bei Gesundheitsdaten laut Artikel 3 Buchstabe c des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (DSG; SR 235.1) um besonders schützenswerte Daten handle und diese entsprechend geschützt werden sollten (Art. 7 DSG). Sollte «nur» ein IDM als genügend erklärt werden, sieht sie den Grundsatz des angemessenen Schutzes als verletzt an. Die QES sei zwar aktuell noch nicht so verbreitet, dass sie jede/r verwendet oder verwenden möchte, aber es stehe immer noch der Weg physischer Unterzeichnung offen und kann deshalb nicht als Grundlage verwendet werden, um die Einführung eines «IDM» als Bestätigung für die Einwilligung zu begründen.

4.2.11 Art. 10 Übergangsbestimmung

¹ Im Jahr des Inkrafttretens dieser Verordnung müssen die Gesuche bis zum 15. [Sept./Okt./Nov.] eingereicht werden.

² Das BAG entscheidet bis zum 1. Dezember mittels Verfügung.

³ Die Finanzhilfen werden mit Erlass der Verfügung ausbezahlt. [Artikel 10 nur, wenn IKT der Vo am oder nach dem 1. Juni]

Keine Bemerkungen.

4.2.12 Art. 11 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am [Datum] in Kraft.

Keine Bemerkungen.

4.3 Allgemeine Bemerkungen

Der Kanton *NE* erscheint die Prognose von 2 Millionen eröffneten EPD bis 2027 als ehrgeizig.

Der Kanton *SH* sowie die *GRÜNEN* weisen in datenschutzrechtlicher Hinsicht darauf hin, dass in Zusammenhang mit dem EPD «besonders schützenswerte» Gesundheitsdaten bearbeitet werden und deshalb dem Datenschutz eine zentrale Rolle beigemessen werden muss. Auch der Kanton *NW* weist darauf hin, dass die gemäss den einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes seines Kantons angemessene technische und organisatorische Massnahmen zum Schutz der Personendaten gegen Unbefugtes und unbeabsichtigtes Bearbeiten sowie gegen Schaden und Verlust getroffen und umgesetzt werden müssten. Dies gelte insbesondere bei der Ermöglichung der Einwilligung auf elektronischem Weg.

santésuisse unterstützt, dass die Vorlage nicht mit weiteren Massnahmen angereichert wird. Erfahrungsgemäss könne eine zu starke Vermischung von Themen in einer Vorlage eine rasche Umsetzung der Massnahmen verhindern.

Für die *SDA* fragt sich, ob die geplanten 0,2 Vollzeitäquivalente für die rasche Bearbeitung von Unterstützungsgesuchen ausreichend seien.

Die *SDA* weist darauf hin, dass alle Bemühungen auf dem Weg zu einer Infrastruktur für Gesundheitsdaten in der Schweiz in Beachtung der Arbeiten am Europäischen Gesundheitsdatenraum erfolgen sollten und eine Abschätzung etwaiger Auswirkungen auf die Anschlussfähigkeit der Schweiz an diesen Datenraum vorzunehmen sei.

Die *Swico* fordert, dass diese Übergangsfinanzierung effektiv vorübergehend bleibt. Die Übergangsfinanzierung dürfe nicht dazu führen, dass Strukturen, welche nicht zielführend sind, zementiert würden. Sie erachtet es als entscheidend, dass die vorliegende Übergangsfinanzierung nicht zu einem späteren Zeitpunkt in einen regulären Status überführt wird. Dies würde einer nachhaltigen Überarbeitung des Ökosystems und Lösung der Finanzierungsfrage im Weg stehen.

5 Stellungnahmen zum erläuternden Bericht

Für den Kanton *BE* ist zu den Ausführungen zu Artikel 23c (S. 14 f.) unklar, wie und wann der Totalbetrag (wohl 30 Millionen CHF) festgelegt wird und ob und wie der Totalbetrag auf die Gesuchsjahre aufgeteilt werde. Dabei stelle sich die Frage, ob die gesamten 30 Millionen Franken bereits ab dem ersten Jahr vollumfänglich zur Verfügung stünden, so dass allenfalls in den darauffolgenden Jahren bereits nichts mehr bezahlt würde resp. gekürzt würde oder ob eine (gleichmässige) Aufteilung der Mittel auf die Jahre geplant sei. Der erläuternde Bericht sei entsprechend zu ergänzen. Der Kanton *BE* bittet weiter, den Bericht (Auswirkungen auf die Kantone, S. 15) zu präzisieren in Bezug auf den Punkt, dass innert kürzester Frist – ohne Kenntnis der bundesrechtlichen Grundlagen – Ausgabenbewilligungen zu erwirken, Budgets einzustellen seien und dem damit verbundenen beträchtlichen personellen Aufwand bei den Kantonen.

Die Kantone *FR* und *VS* und die *KSG* wünschen eine Ergänzung zu den Ausführungen zu Artikel 3 EPDFV, indem erklärt werden soll, dass eine handschriftliche Unterschrift relativ leicht gefälscht werden könne, während eine Identifizierung, z. B. mit dem (IDM, welches die Zwei-Faktor-Authentisierung erfordere, die Zustimmung viel sicherer mache.

Die *FRC* bemängelt, dass der erläuternde Bericht nur wenig Ausführungen dazu mache, wie der Pauschalbetrag von 15 Franken zur Deckung der Kosten einer EPD-Eröffnung ausgewählt wurde. Er spreche von einer Bandbreite zwischen 15 und 20 Franken, ohne die Gründe zu nennen, die den Bundesrat dazu veranlasst hätten, den niedrigeren Betrag zu wählen. Einige Stammgemeinschaften wiesen bereits darauf hin, dass dieser Betrag nicht ausreiche. Die Frage sei, ob der Pauschalbetrag pro eröffnetes EPD oder die Gesamtbergrenze von 30 Millionen angepasst werden müssten. Auf der Grundlage der vom Bundesrat (im Rahmen dieser Vernehmlassung) eingereichten Unterlagen sei es leider nicht möglich, sich ein klares Bild zu dieser Frage zu machen.

Der *SVDG* beantragt die Streichung des Satzes «Für die Versicherer dürfte die Etablierung des EPD zu einer höheren Effizienz im Gesundheitssystem und damit zu tieferen Kosten führen.» (Seite 16), da dieser Effekt noch nicht erwiesen sei und falsche Erwartungen schüre. Der *SVDG* fordert weiter, dass der Satz «Bei den Tätigkeiten der Stammgemeinschaften handelt es sich nach aktueller Konzeption um eine vom Empfänger gewählte und nicht um eine staatliche Aufgabe.» (Seite 18) korrekt dargestellt werden müsse, da die «Empfänger», also die Leistungserbringer und ihre (Stamm-)Gemeinschaften das EPD per Gesetz aufbauen und betreiben müssten, womit faktisch eine staatliche Aufgabe an diese delegiert worden sei.

axsana beantragt die Anpassung des erläuternden Berichts im Sinne der von ihr geforderten Berücksichtigung des Kriteriums der produktiven GFP sowie diverser anderer Punkte.

6 Weiter eingegebene Punkte

6.1 Gesetzgebungsprozess

Die Kantone *AG*, *BE*, *NW* und die *GDK* bemängeln, dass diese erste Teilrevision frühestens Mitte 2024 ihre Wirkung entfalten könne und dass eine umfassende Revision nicht vor 2027 greifen werde. Der Kanton *NW* und die *GDK* führen aus, dass sich bis dahin alle Akteure würden bemühen müssen, die Verbreitung des EPD in der Bevölkerung, bei den GFP und den Institutionen mit den vorhandenen rechtlichen und finanziellen Mitteln zu unterstützen. Das werde keine leichte Aufgabe und es bestehe das Risiko, dass das EPD diese Periode nicht unbeschadet überstehe. Darauf müsse auch das Parlament explizit hingewiesen werden und der Gesetzgebungsprozess solle entsprechend beschleunigt werden. Der Kanton *BE* erachtet es als unverantwortlich, dass eine umfassende Revision des EPDG nicht vor 2027 greifen werde und damit längst bekannte zentrale Mängel an der Konzeption des EPD noch auf Jahre hinaus weiterbeständen. Dies gefährde das ganze Projekt der Einführung der EPD – eines Instruments, das die Schweiz rasch benötige – massiv. Auch der Kanton *LU* erachtet die Übergangsfrist bis zur geplanten Umsetzung der Gesamt-Revision des EPDG als sehr lange und befürchtet als Folge davon eine generell abnehmende Akzeptanz gegenüber dem elektronischen Patientendossier.

Die Mitte erwartet, dass endlich eine nachhaltige finanzielle Basis für das EPD und die Stammgemeinschaften geschaffen werde. Sie fordert den Bundesrat auf, mit der umfassenden Revision Rahmenbedingungen zu schaffen, die so rasch wie möglich ein funktionierendes, praktikables und finanziell stabiles EPD ermöglichen, welches dann auch breit eingesetzt werde. Die Übergangszeit sei so kurz wie möglich zu halten und weitere Verzögerungen seien zu vermeiden. Auch die *SP* findet, dass es mit der Einführung der vereinfachten Massnahmen, welche mit der Revision des EPDG in fünf Jahren folgen dürften, viel zu langsam gehe.

Die *ACSI* und die *FRC* bemängeln die schlechte Bilanz des EPD: Im November 2022 verzeichnete ein Faktenblatt des Bundes und der *GDK* 13'000 EPD. Es zeige sich also, dass 6 Jahre nach Einführung des Gesetzes nur 2 von 1000 Schweizerinnen und Schweizern ein EPD eröffnet hätten. Sie finden es seltsam, dass sich die Bundesverwaltung mit einer Fünfjahresfrist für die Überarbeitung eines Vorhabens mit einem beträchtlichen Kostendämpfungspotenzial zufrieden zu geben scheine. *CH++* schliesst sich dieser Aussage an.

Die *IG eHealth* und der *SHV* geben zu bedenken, dass der Rückstand der Schweiz bei der digitalen Transformation beträchtlich sei. Der Rückstand bedeute, dass Ineffizienzen bei der Versorgung und bei der Administration in Kauf genommen würden, die kostentreibend wirkten. Es sei also zentral, bei der digitalen Transformation einen ambitionierten Fahrplan umzusetzen, weil diese einen Beitrag zu einer besseren Versorgung und zur Kostendämpfung leisten könne.

axsana merkt an, dass es einige – wahrscheinlich oftmals unstrittige – insbesondere organisatorische Verbesserungsmaßnahmen gebe, die möglichst parallel zur umfassenden Revision umgesetzt werden sollen. Sie regt an, dazu bei den Stammgemeinschaften umgehend eine Umfrage zu machen.

CH++ findet, dass die vorgesehene Totalrevision des Gesetzes vielversprechend sei, fürchtet aber, dass sie zu spät kommen wird.

6.2 Verpflichtung aller GFP, sich einer Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft anzuschliessen

Der Kanton *SG* fordert, dass alle ambulanten Leistungserbringer zur Führung eines EPD verpflichtet werden sollen, indem die Verpflichtung, sich einer Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft anzuschliessen, Zulassungsvoraussetzung werde, zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abzurechnen. Diese Verpflichtung solle bereits in der ersten EPDG-Revision mit einer angemessenen Übergangsfrist vorgezogen werden. Der Kanton *TG*, die *Interpharma* und *scienceindustries* schliessen sich dieser Forderung an. Die *FDP*, *SP*, der *svg-usam* und *DVSP* verweisen auf die Motion 19.3955 «Ein elektronisches Patientendossier für alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen», welche das Parlament am 8. März 2021 deutlich angenommen habe, und fordern, diese Verpflichtung sei bereits

in diese erste Revision aufzunehmen bzw. zu prüfen, ob dies bereits in die erste Revision aufgenommen werden könnte. Die *FRC* und *CH++* schliessen sich dieser Forderung an.

Die *SKS* führt aus, dass viele Leistungserbringer kein Interesse zu haben scheinen, ihre Patientinnen vom Nutzen des EPD zu überzeugen. Patienten, welche eine EPD eröffnet haben, könnten dieses oftmals nicht wirklich nutzen, etwa weil sich viele ambulante Leistungserbringer noch keiner Stammgemeinschaft angeschlossen hätten oder nicht gewillt oder in der Lage seien, das EPD der Patienten zu bewirtschaften. Gemäss Meldungen von Patientinnen komme es auch vor, dass Spitäler, die eigentlich einer Stammgemeinschaft angeschlossen sind, sich dennoch weigerten, ihr EPD zu verwenden. Entsprechend gering sei der Anreiz für Patienten, ein EPD zu eröffnen. Um dieses Problem innert nützlicher Frist zu lösen, empfiehlt er dringend, die Verpflichtung zur Teilnahme aller ambulanten Gesundheitsfachpersonen in die erste Etappe der Revision aufzunehmen und eine rasche Umsetzung vorzusehen. Ohne diese Massnahme sei zu befürchten, dass die vorliegende Revision das EPD zwar am Leben erhalte, ohne jedoch die erhofften Effekte in Bezug auf die Qualität und Koordination der Versorgung sowie auf die Wirtschaftlichkeit rechtzeitig zu erreichen. Wenn es nicht gelinge, eine rasche Verbesserung zu bewirken, bestehe die Gefahr, dass anstelle des EPD private Anbieter zum Zug kommen, was aus Sicht des Datenschutzes sehr problematisch wäre.

economiesuisse bringt die Idee auf, ambulante Leistungserbringergruppen mit einer einmaligen und zeitlich beschränkten Finanzierung des Onboardings schneller aufs EPD zu bringen. Die Abgeltung müsste auch hier leistungsorientiert ausgestaltet sein, damit sie nur im Fall einer Offenheit und Benutzung des EPD ausbezahlt würde.

Die *mfe* und *SGAIM* finden die im erläuternden Bericht erwähnte Anschlusspflicht von ambulanten GFP, welche mit der umfassenden Revision des EPDG umgesetzt werden soll, inakzeptabel. Eventualiter fordern sie eine mehrjährige Übergangsfrist (z.B. 5 Jahre), da ansonsten viele Ärzte aufhören könnten zu arbeiten und sich der bereits bestehende Mangel an Haus- und Kinderärzten weiter verschärfen würde.

Der *SDV* gibt zu bedenken, dass der Zeitaspekt im Rahmen der zweiten Revisionsetappe Parallelsysteme fördere, die auch nach der zweiten EPD-Teilrevisionsetappe Bestand haben würden und plädiert dafür, Aufträge in der ersten EPD-Revisionsetappe umzusetzen, die das Parlament dem Bundesrat bereits erteilt hat. Es sei folgende Motion in die erste EPDG-Teilrevision aufzunehmen: Motion 19.3955 «Ein elektronisches Patientendossier für alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen». Diese verpflichte den Bundesrat, ein EPD-Obligatorium für Leistungserbringer zu schaffen. Weitere GFP – wie diejenigen der Drogerien – sollen sich freiwillig anschliessen können. Laut dem *SDV*, *IG eHealth* und dem *SHV* könne das EPD seinen Nutzen nicht entfalten, wenn sich einzig die stationären und die neu zugelassenen ambulanten Leistungserbringer im Sinne des KVG einer (Stamm-)Gemeinschaft anschliessen müssten. Sie schlagen deshalb folgende Änderung von Artikel 36 KVG vor: «Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n dürfen nur zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, wenn sie:

- a. vom Kanton zugelassen sind, auf dessen Gebiet die Tätigkeit ausgeübt wird und
- b. sie sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier angeschlossen haben.»

Die *SDA* findet es enttäuschend, dass in der aktuellen Revision die Verpflichtung zur Führung eines EPD für alle GFP nicht vorgesehen sei. Dadurch werde das EPD weitere Jahre nur einen minimalen Nutzen stiften können. Eine Dateninfrastruktur könne nur Mehrwert schaffen, wenn auch Daten vorhanden seien. Im Dialog mit GFP und durch die Setzung von Anreizen sollte die Verpflichtung zur Führung eines EPD bereits jetzt umgesetzt werden.

Auch die *KSG* wünscht eine Verpflichtung ambulant tätiger Leistungserbringer mit einer Übergangsfrist von 5 Jahren.

6.3 Verpflichtung der GFP Daten im EPD zu erfassen

Die Kantone *AG*, *GE*, *JU*, *SO*, *VS* und der *DVSP*, *CARA* sowie die *KSG* führen aus, dass der Erfolg des EPD auch davon abhängt, dass das EPD mit relevanten Dokumenten gefüllt werden. Die Verpflichtung von GFP, sich einer Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft anzuschliessen, reiche oft nicht aus, um eine systematische Befüllung der EPD durch die GFP zu gewährleisten. Die Pflicht, die essentiellen Dokumente ins EPD zu stellen, soll deshalb gesetzlich verankert werden. Der Kanton *BS* und die *GDK* unterstützen dieses Anliegen. Auch der Kanton *NW* fordert, dass die ans EPD angeschlossene GFP und Institutionen verbindlich dazu angehalten werden, Dokumente im EPD abzulegen. *Interpharma* teilt diese Ansicht und gibt zu bedenken, dass die Ausweitung der Verpflichtung zur Führung eines EPD erst in der umfassenden Revision mit Abschluss im Jahr 2027, die Bemühungen um den Aufbau eines Gesundheitsdatenraums in der Schweiz weitere Jahre zurückwerfe. Auch der Kanton *FR* fordert diese Pflicht. Die *BEKAG* und die *FMH* bemängeln, dass sich 5 Jahre nach Inkrafttreten der Verordnung zum EPD nur ein Teil der Spitäler (Art. 39 Abs. 1 Bst. f KVG) angeschlossen hätten und innerhalb derjenigen Spitäler, die am EPD teilnehmen, nur ein geringer Teil der dort tätigen GFP über einen Zugriff auf das EPD verfügten. In seiner jetzigen Form werde das EPD für Patientinnen und Patienten sowie für die ambulante Ärzteschaft keinen bedeutenden Nutzen haben. Der *DVSP* fordert, dass der Bund vorsehen solle, welche Dokumente unbedingt ins EPD zu stellen seien.

Die *Swico* führt aus, dass die Pauschale pro eröffnetem Patientendossier vom Prinzip her die richtigen Anreize setze. Jedoch würde damit nur ein Akteur des EPD-Ökosystems abgedeckt, nämlich die Stammgemeinschaften. Für GFP werde leider kein weiterer Anreiz zur Eröffnung und Nutzung von EPD geschaffen. Letztendlich sei der Mehrwert des EPD begrenzt, wenn Dossiers eröffnet würden, das Ökosystem aber nicht genutzt werde. Es müssten Massnahmen vorgesehen werden, die auch die aktive Nutzung des EPD förderten. Hier sollte der Fokus insbesondere auf GFP gelegt werden. Es sei deshalb zu prüfen, ob eine Pflicht für GFP, das EPD zu nutzen, bereits im Rahmen dieser Vorlage Sinn ergeben würde.

6.4 Anzahl Stammgemeinschaften

Der Kanton *TG* findet, eine einzige Stammgemeinschaft wäre effizienter, es gäbe keine Schnittstellenproblematik. In anderen Ländern, z.B. Dänemark, habe sich die Lösung mit einer Stammgemeinschaft sehr bewährt.

Die *GRÜNEN* erwartet eine grundsätzliche Überdenkung des Prinzips mit den Stammgemeinschaften und dass die Variante von nur noch einer – selbstverständlich von der öffentlichen Hand gesteuerten – Anbieterin seriös geprüft werde. Die zweite Revision müsse genutzt werden, um die grundlegenden Konstruktionsfehler des EPD, wie etwa die ihm zugrundeliegende Marktideologie und den davon abgeleiteten Pseudowettbewerb der Stammgemeinschaften, zu korrigieren. Ohne schrittweise Reduktion der Anzahl Stammgemeinschaften und ohne Schaffung einer übergeordneten weisungsbefugten Stelle beim Bund würde sie sich vorbehalten, die Vorlage abzulehnen.

Auch die *SP* und der *DVSP* regen an, dass die Frage der Anzahl notwendigen Stammgemeinschaften in der Phase 2 berücksichtigt werden soll. Als einzige Anbieterin sei die Post Monopolist gegenüber den Stammgemeinschaften, von Letzteren gebe es Stand April 2023 noch sechs. Die *SP* und der *DVSP* sind kritisch eingestellt gegenüber der Notwendigkeit, an den verschiedenen Stammgemeinschaften festzuhalten. Die Vergangenheit habe gezeigt, dass der Markt zu klein sei für mehrere Anbieterinnen und Anbieter und regen deshalb an zu prüfen, wie zielführend unterschiedliche Stammgemeinschaften sind, zumal es eben nur noch eine Systemanbieterin, die Post, gebe.

Die *IGMG* merkt an, dass Kosteneindämmungen kaum zu erreichen seien, solange das EPD technisch nicht auf einem adäquaten Stand geführt werden könne und erachtet es als zielführend, nur einen EPD-Anbieter mit klaren Vorgaben zur Schaffung von Schnittstellen zu allen Systemen (KIS, PIS etc.) zuzulassen.

6.5 Freiwilligkeit / Opt-out / Eröffnung EPD

Für die *SP* und den *DVSP* ist es klar, dass eine flächendeckende Nutzung des EPD Kosten im Gesundheitswesen einsparen wie auch Prozesse effizienter gestalten könne. Es verringere die Wahrscheinlichkeit von Mehrfachmedikationen und eliminiere die Gefahr, dass im entscheidenden Moment die entsprechenden Fachpersonen nicht erreichbar sind, um einen Krankheitsverlauf in einem physischen Dossier nachzuschlagen. Sie vertreten die Ansicht, dass die Nutzung des EPD nicht von dem aktuell geltenden, aufwändigen Prozess der Eröffnung abhängen dürfe und plädieren für ein Opt-Out Modell. Sie fordern, dass nun rasch und unkompliziert die Hürden für die Erstellung eines EPD gesenkt werden. Eine Möglichkeit sehen sie darin, dass mit dem Covid-Impfzertifikat ein EPD eröffnet werden kann. Denn um überhaupt erst an ein Covid-Impfzertifikat zu gelangen, seien mehrfache Überprüfungen der Identität notwendig, nicht zuletzt bei einem Covid-Test oder der Corona-Impfung. Dieses Zertifikat genüge zudem den Sicherheitsstandards und ermögliche so, dass 6 Millionen Menschen in der Schweiz unkompliziert und unbürokratisch ein EPD eröffnen könnten. Sie regen deshalb an, dass der Bundesrat diese Option basierend auf den vorgeschlagenen Anpassungen von Art. 3 ermöglicht. Der *DVSP* führt aus, dass das Opt-Out-Modell zwingend mit der Förderung der Gesundheits- und Digitalkompetenzen der Patientinnen und Patienten einhergehen müsse. Das EPD bringe einen Paradigmenwechsel mit sich: bisher seien die Gesundheitsinformationen einer Person im Besitz der Ärzteschaft gewesen – mit dem EPD habe jetzt diese Person direkt Zugang zu ihren eigenen Daten. Um diese Daten sinnvoll zu nutzen und die Verantwortung der Patientinnen und Patienten zu stärken, sollen die Gesundheitskompetenzen der Patientinnen und Patienten auch gestärkt werden. Zu diesem Zweck erwartet er, dass der Bund eine gesetzliche Grundlage vorsieht, damit die Patientenorganisationen diese sehr wichtige Aufgabe im Sinne von Sparring Partners der Patientinnen und Patienten wahrnehmen könnten und dafür eine finanzielle Unterstützung des Bundes bekämen.

Die *BEKAG* plädiert für eine einfachere, für die grosse Mehrheit der Bevölkerung inkl. kranke, ältere oder sozial schwache Personen handhabbare Lösung. Denn die Praktikabilität des jetzt vorgesehen Systems der Freiwilligkeit sei nicht gegeben und hindere durch die Kompliziertheit die Eröffnung möglichst vieler EPD erheblich. Für bestimmte Teile der Bevölkerung (z.B. ältere und/oder schwer kranke Menschen) sei das Ganze mit derart vielen Hürden verbunden, dass vernünftigerweise nicht damit zu rechnen sei, dass von ihnen die notwendige Einwilligung jemals erteilt werden dürfte.

Laut der *IG eHealth* und *SHV* sei der freiwillige Anschluss ans EPD für Bürgerinnen und Bürger wenig attraktiv, da Anwendungsfälle weitgehend fehlten. Das Impfdossier sei alleine keine «Booster-Anwendung». Das EPD funktioniere heute zwar technisch (derzeit innerhalb der eigenen Gemeinschaftsgrenzen), aber für die dringende inhaltliche Weiterentwicklung fehlten den Stammgemeinschaften die Mittel.

Der *SBAP* ist der Meinung, dass die festgehaltene Freiwilligkeit der nutzenden Person in die Widerspruchslösung («opt out») umgewandelt werden sollte.

Der *SVDG* weist darauf hin, dass in der umfassenden Revision des EPDG unbedingt das Prinzip Opt-Out mit vorgängiger, automatischer Dossier Erstellung und ggf. Widerspruch vorgesehen werden solle.

Die Freiwilligkeit für Patientinnen und Patienten wird vom **SSR** als gut betrachtet und solle auch bei der definitiven Einführung beibehalten werden.

6.6 Zugang zum HPD

Die Kantone *AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NW, SG, SO, TI, UR, VS* sowie die *GDK* und *CARA* fordern einen ausdrücklichen Zugang der Kantone zum HPD, damit die Kantone ihre Aufgaben bei der Überprüfung der Mitgliedschaft von GFP und deren Einrichtungen wahrnehmen können. Die Kantone *AG, BE* und *NW* führen aus, dass sich durch die finanzielle Mitverantwortung der Kantone in Form einer Beitragszahlung pro eröffnetes Dossier das Interesse der Kantone erhöhen dürfte, dass die Leistungserbringer behandlungsrelevante Dokumente im EPD ihrer Patientinnen und Patienten ablegen und auf bereits vorliegende Dokumente zugreifen. Ob die Leistungserbringer dazu nur schon technisch und organisatorisch überhaupt in

der Lage sind, könne im HPD überprüft werden, dem Verzeichnis aller im EPD registrierten GFP und Organisationen. Zugriff auf diesen Dienst hätten jedoch nur der Bund und die Stammgemeinschaften und Gemeinschaften. Den Kantonen sei dieser Zugriff verwehrt. Dies habe bereits im Zusammenhang mit dem seit dem 1. Januar 2022 geltenden neuen Zulassungskriterium für Ärztinnen und Ärzten zur OKP – nämlich der Verpflichtung zum Anschluss an eine Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft – sowie der diesbezüglichen Prüfungs- und Aufsichtspflicht der Kantone im Rahmen des ebenfalls auf den 1. Januar 2022 neu eingeführten formalen Zulassungsverfahrens zur OKP zu diversen Ärgernissen und Unverständnis geführt. Aus ihrer Sicht kann mit diesem Zugriffsrecht nicht bis zur umfassenden Revision gewartet werden; der Zugriff sei bereits heute notwendig für die Umsetzung von geltendem Bundesrecht. Die Kantone *AG* und *BE* weisen darauf hin, dass es sich bei denen in den Abfragediensten bearbeiteten Daten nicht um besonders schützenswerte Personendaten nach Bundesrecht handle, und dies daher einfach umzusetzen sein dürfte.

6.7 Eröffnungsprozess

Die Kantone *AG*, *BE*, *BL*, *BS*, *LU*, *NW*, *UR* und die *GDK* fordern auf zu prüfen, ob der Eröffnungsprozess noch weiter vereinfacht werden kann, z. B. in der Ausstellung einer eID. Der Kanton *ZH* regt an, weitere Erleichterungen in die Gesetzesrevision aufzunehmen. Insbesondere sollten die gesetzlichen Anforderungen an den Eröffnungsprozess, die E-ID und die Zertifizierung gesenkt werden. In diesen Bereichen bestünden Optimierungspotenziale, die genutzt werden könnten, ohne dass wesentliche Abstriche bei der Sicherheit gemacht werden müssen. Das EPD solle durch die Gesetzesrevision für alle Beteiligten einfacher, zugänglicher und attraktiver werden.

Auch der Kanton *AG* findet die Prozesse zur Beantragung einer digitalen/elektronischen Identität (eID) zu wenig benutzerfreundlich und kompliziert. Es ist ihm ein Anliegen, dass die Botschaft zum Bundesgesetz über den elektronischen Identitätsnachweis und andere elektronische Nachweise (E-ID-Gesetz, BGEID) rasch dem Parlament übermittelt und der Bund die Vorarbeiten zur Umsetzung startet.

Der Kanton *BE* sieht das grösste Hindernis in Bezug auf die Verbreitung des EPD ebenfalls bei der elektronischen Identität (eID). Das Erfordernis einer eID vermindere die Attraktivität des EPD deutlich. Es gelte zudem zu bedenken, dass die heutigen eIDs vom Volk abgelehnt würden. Verbesserungen würden daher erst erreicht, wenn eine Lösung bezüglich eID gefunden werde. Ein vollständig elektronischer Eröffnungsprozess sei eine Grundvoraussetzung, die erfüllt sein müsse, damit sich das EPD verbreiten könne.

Der Kanton *GL* sieht die Mängel des EPD in den Prozessen zur Beantragung einer eID, welche es zur elektronischen Eröffnung eines EPD braucht, die immer noch zu wenig benutzerfreundlich und kompliziert seien. Um dem EPD einen erfolgreichen Neustart zu ermöglichen, müsse deshalb die Botschaft zum BGEID rasch dem Parlament übermittelt und die Vorarbeiten zur Umsetzung gestartet werden.

Der Kanton *JU* findet, dass das IDM das Haupthindernis für die Einführung des EPD in der Schweiz darstellt. Die verschiedenen Sicherheitsstufen der im Umlauf befindlichen IDM machten den Prozess der Eröffnung und des Zugangs zu einem EPD deutlich komplexer. Aus der Sicht eines Bürgers oder einer GFP sei dies schlichtweg unverständlich. Beispielsweise müsse eine Bürgerin, die ihre Identität online über die SwissID App habe verifizieren lassen, einen zweiten vollständigen Identitätsverifizierungsprozess vor Ort durchlaufen, um ein EPD eröffnen und darauf zugreifen zu können. Technisch und in Bezug auf die Sicherheit bringe dieser zweite Prozess nichts und schränke den Zugang zum EPD sehr stark ein. Daher seien angesichts der Komplexität des aktuellen Systems de facto spezifische Begleitmassnahmen für den Erhalt eines EPD-kompatiblen IDM erforderlich, die im Übrigen bereits weitgehend von den Westschweizer Kantonen finanziert würden. Ein einziger IDP, der nach seiner Aktivierung automatisch in verschiedenen Kontexten zertifiziert wird, werde hier Abhilfe schaffen. Folglich wird erwartet, dass der Bund die Arbeiten an der künftigen eID des Bundes beschleunigt. Der Kanton *TI* fordert auf zu klären, wie die Kosten für das elektronische IDM finanziert werden

sollen, da die IdP nach eigenen Angaben bisher nicht in der Lage seien, ihre Dienste den Bürgern direkt in Rechnung zu stellen. Es sei also zu klären, wer für diese Kosten aufkommen soll.

Die SKS führt aus, dass bezüglich der Implementierung und Nutzung des EPD die aktuelle Situation für Konsumentinnen und Patienten äusserst unbefriedigend sei. Das Verfahren zur Eröffnung eines EPD sei kompliziert und zeitaufwendig.

Der SDV streicht hervor, dass die bisherigen, physischen Eröffnungsstellen auch in Zukunft gewährleistet sein müssen, da ältere Menschen bei Bedarf eine persönliche Beratung in Anspruch nehmen können sollten, sowohl für die Registrierung der eID als auch für die Eröffnung des EPD. Damit verbundene, persönliche und vertrauensvolle Beratung / Unterstützung im Umgang mit einem zentralen, innovativen Instrument der Kommunikation GFP-Patient und mit eigenen Gesundheitsdaten, müsse bis auf Weiteres nicht nur nach Gutdünken der Stammgemeinschaften möglich sein, sondern gleichermassen wie die neuen Formen der Einwilligung – elektronisch – konsequent gefördert werden. Dies diene letztlich der Zielerreichung des EPD.

Der SHV schlägt vor, dass die im Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG; SR 811.21) geregelten Gesundheitsberufe die Dienstleistung der Eröffnung von EPD nicht anbieten müssen, da der Eröffnungsprozess mit sehr viel Aufwand verbunden sei, welcher aktuell nicht entschädigt werde.

Der svbg weist darauf hin, dass der Prozess zur Eröffnung eines Dossiers nach wie vor aufwändig und anspruchsvoll ist und damit eine hohe Hürde für viele darstelle – um eine stärkere Verbreitung des EPD zu erreichen, müsse nach wie vor daran gearbeitet werden, diesen so einfach wie möglich zu gestalten.

6.8 Mängel bei der Umsetzung des EPD(G)

Laut dem Kanton GL leide die Verbreitung des EPD darunter, dass die technische Umsetzung aus heutiger Sicht mangelhaft sei. Nicht umsonst werde das Instrument als «PDF-Friedhof» mit einer als veralteten und den Fortschritt erschwerenden Technologie bezeichnet. Ebenso seien im EPDG keine klaren Verantwortungen, Kompetenzen und Durchsetzungsinstrumente definiert.

Der Kanton GR findet, dass das EPD in der heutigen Form nicht praxistauglich sei.

Der Kanton LU erwartet seitens Bund ein stärkeres Engagement, nur so sei das elektronische Patientendossier noch zu retten. Er erwartet auch, dass der Bund die Planung soweit optimiert, dass eine maximale Frist von drei Jahren für die Übergangsfinanzierung angestrebt werden kann.

Der Kanton SO fordert Massnahmen, um den Zugang zum und die Handhabung des EPD für Patientinnen und Patienten zu erleichtern.

Der Kanton TG erachtet das EPDG in seiner jetzigen Form als gescheitert und fordert eine grundlegende Revision unter Berücksichtigung der von ihm aufgeführten Aspekte. Er bemängelt folgende Konstruktionsfehler des EPD:

- Die Datenerfassung erfolge selektiv pro Krankheit und Arzt oder Ärztin, was dazu führe, dass ein behandelnder Arzt oder eine behandelnde Ärztin nie weiss, ob die vorliegenden elektronischen Akten vollständig sind oder aufgrund einer selektiven Eingabe die Gefahr einer Falschbehandlung besteht. Eine erfolgreiche Therapie setze einen umfassenden Zugang der Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen zu allen Daten voraus.
- Die technische Konstruktion überzeuge nicht. Anstelle der Abspeicherung dynamischer, strukturierter Daten bildet das EPDG nur statische Daten ab (Bilder und statische Texte). Dadurch müssten die Daten mühsam in die jeweiligen Systeme der Leistungserbringer oder Leistungserbringerinnen eingespeist werden.
- Es fehlten Anreize zur Eröffnung eines EPD.
- Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen könnten die Daten aus dem EPD kaum nutzen, weil sie nie wüssten, ob diese vollständig seien. Sie hätten daher keinerlei Anreiz, EPD zu eröffnen oder deren Eröffnung zu fördern.

- Patienten und Patientinnen sähen ebenfalls kaum einen Nutzen, und die Eröffnungshürden seien zu hoch (Unterschrift oder zertifizierte eSignatur), weshalb bisher nur wenige EPD eröffnet wurden.
- Es sei nicht ersichtlich, wieso in der kleinräumigen Schweiz diverse Stammgemeinschaften bestehen sollten, wenn doch die Patienten und Patientinnen mobil zwischen den einzelnen Leistungserbringern und Leistungserbringerinnen, Kantonen und Systemen wechseln (Arzt, Ärztin, Apotheker, Apothekerin, Spitäler etc.).
- Die Krankenversicherer hätten keinen Zugang zu den Daten, was insbesondere deren gesetzlichen Auftrag der Wirtschaftlichkeits-, Zweckmässigkeits- und Wirksamkeitsüberprüfung unnötig erschwerte und administrativen Aufwand mit Kostenfolgen für die Prämienzahlenden verursache.
 - Niemand profitiere wirtschaftlich von der aufwendigen Eröffnung eines EPD.

Der Kanton *ZH* führt den geringen Fortschritt und die Finanzierungslücken unter anderem auf Mängel im zugrunde liegenden EPDG zurück. Der Bund habe darin die Kompetenzen und Pflichten der Akteure unzureichend geregelt und ging von einer Vielzahl von Stammgemeinschaften aus, was organisatorisch und technisch nicht zu bewerkstelligen sei und zu Ineffizienzen und Verzögerungen führte. Ausserdem unterschätzten der Bund und die Stammgemeinschaften die Identifizierungs-, Zertifizierungs- und Weiterentwicklungskosten. Er ist der Überzeugung, dass das EPDG deshalb rasch und umfassend revidiert und die Änderungen vor 2027 in Kraft gesetzt werden müssten. Die entsprechenden Arbeiten seien umgehend an die Hand zu nehmen und voranzutreiben. Er erachtet folgende Elemente als wichtig:

- eine klare Regelung und Abgrenzung der Aufgaben und Kompetenzen von Bund und Kantonen sowie der Einbezug von Dritten wie den Krankenversicherern,
- die Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung,
- die Verpflichtung aller ambulanten GFP, ein EPD zu führen,
- die Einführung der Pflicht zur Eröffnung eines EPD durch die Bevölkerung mit einem Opt-out-Modell (anstelle der bisherigen Freiwilligkeit),
- die Nutzung der technischen Infrastruktur für Zusatzdienste, wie z. B. die Überweisung von Patientinnen und Patienten an andere GFP.

Der Kanton *ZH* schliesst sich der Feststellung der *GDK* an, welche als Hauptursache für die entstandenen Finanzierungslücken und den geringen Fortschritt in der Verbreitung des EPD das weitgehende Fehlen von klar definierten Verantwortungen, Kompetenzen und Durchsetzungsinstrumenten in den gesetzlichen Grundlagen sieht.

Die *FDP* fordert die (Teil-)Umsetzung der angenommenen Motion der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates 22.3015 «Elektronisches Patientendossier. Praxistauglich gestalten und finanziell sichern». Die zweite Forderung, wonach die technische und organisatorische Komplexität des EPD reduziert werden solle, kann aus Sicht der *FDP* auf Gesetzesstufe umgesetzt werden. Die *IG eHealth* und der *SHV* sind derselben Meinung und empfehlen, die Daten des EPD über eine einzige technische Plattform laufen zu lassen. Die vom Parlament vor vielen Jahren gewählte Architektur sei in der Umsetzung zu kompliziert. Der Datenaustausch von (Stamm-)Gemeinschaft zu (Stamm-)Gemeinschaft (*Cross-Community*) funktioniere derzeit noch nicht. Es sei vorhersehbar, dass das System nicht wie gewünscht funktionieren werde, sobald viele Daten erfasst würden. Mit der in der zweiten Phase zu realisierender zentraler Ablage für dynamische Daten nehme der Komplexitätsgrad zwischen Daten, die zentral abzulegen seien und Daten die dezentral abgelegt seien, nochmals zu. Für ein attraktives EPD brauche es zwingend dynamische, zentral abgelegte Daten. Dieses Erkenntnis hat aus ihrer Sicht zur Folge, dass es ein Umdenken bei der Architektur brauche. Diesen Systemwechsel habe das Parlament dem Bundesrat mit der Annahme der

Motion 22.3015 bereits vorweggenommen. Die *IG eHealth* und der *SHV* machen einen konkreten Vorschlag für einen Gesetzesartikel, der auf der Lösung von Artikel 67a des Bundesgesetzes vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (HMG; SR 812.21) basiere:

Art. (neu) Zentrale EPD-Infrastruktur

¹ Der Bundesrat stellt eine zentrale EPD-Infrastruktur zur Verfügung. Diese wird verwendet für

- a. die Datenablage der Patientinnen und Patienten
- b. den Datenaustausch mit Gesundheitsfachpersonen
- c. Den Datenaustausch von Gesundheitsfachpersonen mit obligatorischen Registern

² Der Bund kann zu diesem Zweck eine Datenbank durch Dritte erstellen und betreiben lassen.

³ Der Bundesrat:

- a. legt die grundsätzlichen Anforderungen an Inhalt, Betrieb und Qualität der Datenbank fest und regelt die Bedingungen für den Zugang, und die Verwendung der Daten;
- b. bestimmt die zur Führung der Datenbank zuständige Stelle.

⁴ Die Betreiber nach Absatz 2 gewährleisten den Datenschutz und die Datensicherheit der Datenbank sowie die Interoperabilität der Daten zwischen allen berechtigten Personen und Registern.

Auch *H+* fragt sich, warum dieser Systemwechsel mit der aktuellen Teilrevision nicht wenigstens eingeleitet wird.

Die *GRÜNEN* führt aus, dass die vorliegende Vernehmlassungsvorlage und die Notwendigkeit einer Übergangsfinanzierung ein eklatanter Ausdruck davon seien, dass sich das EPDG nicht bewährt habe. So fehle etwa eine übergeordnete weisungsbefugte Stelle, die grosse Anzahl an Stammgemeinschaften sei nicht zielführend und es gebe erhebliche Mängel im Bereich der Finanzierung.

Die *SVP* sieht das Problem des EPD in der mangelnden Nachfrage aus der Bevölkerung. Aus ihrer Sicht sei das Anlegen eines EPD jeder Person selbst zu überlassen und dürfe nicht durch staatliche Massnahmen forciert werden. Wenn die Bevölkerung nicht willens sei, ein solches Dossier anzulegen, sei diese indirekte Willensäusserung zu akzeptieren. Es sei nicht Aufgabe des Staates dem Einzelnen seinen Willen aufzuzwingen und dies mit Millionenbeträgen aus der Steuermasse zu finanzieren. Sie fordert eine selbsttragende Alternative.

Die *DVSP* führt aus, dass die Praxis zeige, dass die Interoperabilität zwischen den verschiedenen (Stamm-)Gemeinschaften nicht gewährleistet sei. Diese Tatsache stelle eine unnötige Verkomplizierung dar. Der Bund solle die nötigen Massnahmen vorsehen, um die Interoperabilität zu sichern.

Der *SGB* erachtet die Frage, «ob die Aufgaben, die aktuell von den Gemeinschaften und Stammgemeinschaften im Rahmen des privatrechtlichen Betriebs des EPD übernommen werden, künftig als öffentlich-rechtliche Aufgabe zu verstehen sind.» (erläuternder Bericht, S. 18) als wichtig. Auch die *Post* nimmt von dieser Aussage Kenntnis. Der *SGB* führt als Beispiel die seit Jahren bestens funktionierenden und aus der Gesundheitsversorgung nicht mehr wegzudenkenden elektronischen Patientenakten in Estland und Finnland an und findet, dass es selbstverständlich einen zentralen, integral von der öffentlichen Hand gesteuerten Ansatz brauche. Dem stünde aber in der Schweiz bis anhin einerseits der Föderalismus und andererseits die Marktideologie – beziehungsweise der erwähnte privatrechtliche Betrieb durch sich untereinander im Wettbewerb befindende Stammgemeinschaften – im Weg.

Die *SKS* erläutert, dass laut BAG sechs Jahre nach der Einführung des Gesetzes erst knapp 20'000 Dossiers eröffnet wurden. Gemessen an der Gesamtbevölkerung sei dies verschwindend wenig. Diese Bilanz sei enttäuschend, insbesondere angesichts der Wichtigkeit und des enormen Nutzens eines funktionierenden EPD: Es ermögliche den Patienten, sofort über alle sie betreffenden medizinischen Dokumente zu verfügen und unterstütze sie dabei, gemeinsam mit der behandelnden Ärztin informierte Behandlungsentscheidungen zu treffen. Weiter erleichtere es die Koordination, insbesondere bei der Behandlung von chronischen Krankheiten und Mul-

timorbidität. Es ermögliche zudem, unnötige Doppeluntersuchungen zu verhindern, Überbehandlung zu vermeiden und entsprechend Kosten einzusparen. Und es biete nicht zuletzt neue Möglichkeiten, etwa um Medikationsfehler zu vermeiden und die Behandlungsqualität im stationären und ambulanten Bereich zu verbessern.

Die *ACSI*, *FRC* und *CH++* führen aus, dass das EPDG an einer übermässigen Verwässerung der Zuständigkeiten leide. Die mangelnde Beteiligung des Bundes im Bereich der Governance sei ein entscheidender Punkt, während die Kantone alle Vorrechte hätten. Das Ergebnis sei ein Kostenmanagement, das nicht alle Kriterien der Wirtschaftlichkeit erfülle. Zudem führe die Vielzahl der beteiligten Akteure (neben den Kantonen die Stammgemeinschaften, die IDP, die Post, der multinationale Konzern Siemens, die von den Ärzten oder Gesundheitseinrichtungen verwendete Software, die Gesundheitseinrichtungen etc..) zu einer suboptimalen Verwaltung im Falle von Problemen.

ARTISET geht davon aus, dass das derzeitige System, das auf mehreren IT-Infrastrukturen beruht, Ineffizienz und unnötige Kosten verursache. *ARTISET* führt aus, dass für die Pflegeinstitutionen, die Leistungen zulasten der OKP abrechnen, die Führung von EPD mit erheblichen Kosten verbunden sei. Viele Pflegebedürftige in Pflegeinstitutionen benötigten wöchentlich, ja gar täglich medizinische und pflegerische Unterstützung. Die Erfassung und Aktualisierung der entsprechenden Daten obliege dem Personal der Pflegeinstitutionen, was sich in entsprechenden Kosten (Arbeitsstunden sowie Infrastrukturanschaffung) niederschlage. Theoretisch sollten diese Kosten für die Bewirtschaftung der EPD über die Pflegefinanzierung vollständig finanziert werden. Nehme der Kanton seine Aufgabe als Restfinanzierer ernst, sollten keine zusätzlichen Kosten auf die Pflegeinstitutionen zukommen. In der Praxis werde dies aber nicht sichergestellt. Die Einführung und das Pflegen von EPD sei nicht nur für die Stammgemeinschaften, sondern auch für die Leistungserbringer kostspielig.

Die *FRC* und *CH++* erinnern daran, dass die Einführung des EPD auf zwei Hauptannahmen beruhe, die bei der Ausarbeitung des Gesetzes zugrunde gelegt worden seien:

- a. Es gebe ein Geschäftsmodell, das die Selbstfinanzierung der Gemeinschaften ermögliche.
- b. Die Patientinnen und Patienten würden Druck auf die GFP, insbesondere die ambulante Ärzteschaft, ausüben und so deren Nichtpflicht zur Teilnahme übersteuern.

Beide Annahmen hätten sich nicht bewahrheitet. Der Mangel an finanziellen Anreizen sowie die Tarife (insbesondere Tarmed) liessen ein Geschäftsmodell nicht zu und die Anzahl der Teilnehmer, sowohl Patienten als auch ambulante Dienstleister, reichten nicht aus, um eine kritische Grösse zu erreichen. Nur wenige Patienten eröffneten ein Dossier, weil sie von wenigen Gesundheitsfachleuten dazu aufgefordert wurden. Wenige GFP hätten ein Interesse daran, sich zu beteiligen, da nur wenige ihrer Patienten über ein Dossier verfügten. Es fehle heute an Anreizen, um aus diesem Teufelskreis auszubrechen. Ohne diese Anreize sei zu befürchten, dass die vorliegende Revision das EPD (vor allem die Stammgemeinschaften) am Leben erhält, ohne die erhofften Effekte in Bezug auf die Qualität und Koordination der Versorgung, die Wirtschaftlichkeit oder die einhellige Zustimmung der Bevölkerung zu erzielen. Dieses Weitermachen könnte noch aus einem anderen Grund seine Künstlichkeit entschleiern: Wenn es nicht zu einer raschen Optimierung komme (Zeithorizont ein bis maximal eineinhalb Jahre), würden die privaten Anbieter das EPD überholen und die grundlegenden Errungenschaften des EPD (die manchmal wichtig und gut sind) obsolet machen, was es zu verhindern gelte.

Die *FRC*, *SDV* und *CH++* bemängeln die fehlende Regelung der Tiefenintegration in die Primärsysteme der GFP. Auch die *IPAG* erachtet die tiefe Integration des EPD in die Primärsysteme der GFP als wichtigen Schritt, um die Nutzung des EPD zu erleichtern und dessen Akzeptanz zu erhöhen. Sie ermutigt die Entwicklung von technologischen Lösungen, die eine nahtlose Integration ermöglichen und den Aufwand für GFP minimieren.

Ebenfalls kritisieren die *FMH* und die *BEKAG*, dass das EPD für Stammgemeinschaften und Gemeinschaften kein tragfähiges Geschäftsmodell sei, womit die Finanzierung einschliesslich des Betriebs nicht nachhaltig sichergestellt werden könne. Laut der *IG eHealth*, *SDV* und *SHV* zeigten die Erfahrungen der letzten Jahre, dass es bis auf Weiteres kein «Geschäftsmodell EPD» geben werde. Auch die *IPAG* weist darauf hin, dass die nachhaltige Finanzierung

des EPD-Betriebs nicht gewährleistet sei, da insbesondere das EPD für Stammgemeinschaften und Gemeinschaften an sich kein tragfähiges Geschäftsmodell sei.

Die *IG eHealth* und der *SHV* argumentieren, dass die Zertifizierung der Stammgemeinschaften und Gemeinschaften viel einfacher werde, wenn es eine zentrale Betreiberin der EPD-Infrastruktur gibt, die sich zertifizieren lassen muss. Die EPD-Anwendungen müssten nicht mehr von jeder Stammgemeinschaft/Gemeinschaft einzeln zertifiziert werden, weil diese Aufgabe von der Betreiberin der zentralen EPD-Infrastruktur übernommen werde. Sie schlägt auch die Aufnahme eines Buchstaben b in Artikel 11 EPDG vor: «Die Betreiberin der zentralen EPD-Infrastruktur.»

Die *IGMG* bedauert, dass das EPDG die Entwicklung eines modernen bzw. zukunftsorientierten Patientendossiers aktuell verhindert sowie den föderalistischen Ansatz, welcher zu mehreren Stammgemeinschaften geführt habe. Die doppelte Freiwilligkeit durch die Revision des KVG und den damit verbundenen Pflichten für neu im ambulanten Bereich tätige Ärztinnen und Ärzte zum Anschluss an eine Stammgemeinschaft, sei bereits ausgehebelt worden. Sie fordert folgende Anpassungen:

- Technische Optimierung, so dass das EPD für die Leistungserbringer tatsächlich einen Mehrwert darstelle – z.B. Integration von intelligenten Softwarelösungen, welche Texte zu Daten verarbeiten. Damit auch Verpflichtung aller PIS/KIS-Anbieter und Anbieter von Softwares der weiteren Leistungserbringern, definierte Daten einheitlich zu erfassen und die Schnittstellen zum EPD zu gewährleisten.
- Aufgeben mehrfacher Stammgemeinschaften und Zusammenführen zu einer EPD-Plattform. Der ursprünglich kantonale Ansatz sei gescheitert.
- Aufhebung aller Freiwilligkeiten und somit Einführung eines Opt-out Modelles.
- Nicht nur Finanzierung der Stammgemeinschaft/EPD-Plattform, sondern auch Vermeidung der Kosten für die Leistungserbringer, insbesondere Spitäler, Heime und ambulante Anbieter. Die Kosten dürften jedoch auch nicht auf die Prämienzahlenden umgewälzt werden. Somit mindestens die ersten Jahre eine Finanzierung der EPD Einträge aus dem gleichen Kreditpool.
- Vereinfachung des Anmeldeprozesses.

Für die *IPAG* ist es entscheidend, dass die Schulung der Mitarbeitenden in Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen im Umgang mit dem EPD angemessen berücksichtigt und finanziell unterstützt wird. Hierbei solle insbesondere auf die Vermittlung von Kenntnissen zur sicheren Handhabung und zum Datenschutz geachtet werden, um das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in das EPD zu stärken.

Die *mfe* und *SGAIM* sind überzeugt, dass eHealth positive Perspektiven für die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten bietet, und begrüsst diese Entwicklungen. Allerdings werde die Digitalisierung des Gesundheitswesens nur dann erfolgreich sein, wenn das EPD einen klaren Mehrwert für Patientinnen und Patienten sowie für die Ärzteschaft bringe. Derzeit seien die Vorteile des EPD für Haus- und Kinderärzte jedoch nicht greifbar. Viele Haus- und Kinderärzte sehen das EPD als ein Instrument, das den administrativen Aufwand erhöht und Doppelarbeit verursacht: Die Dokumente der Patientin oder des Patienten müssten in die Arztsoftware (elektronisches Patientendossier) und in das EPD integriert werden, wobei die beiden Systeme derzeit nicht systematisch miteinander verknüpft sind. Aus der «International Health Policy Survey (IHP) 2022» des Commonwealth Fund, die unter Ärzten in der medizinischen Grundversorgung durchgeführt wurde, gehe hervor, dass immer mehr Hausärzte ihre Patientendaten elektronisch speichern (82%), wobei von den befragten Hausärzten 3% das EPD verwenden würden, 57% planten einen Anschluss, während 40% dies nicht tun wollten. Die Studie zeige auch, dass die in der Schweiz tätigen Grundversorger beim elektronischen Austausch (z.B. von Labordaten oder Krankheitsbildern) mit anderen Gesundheitsfachleuten im internationalen Vergleich auf den hinteren Rängen rangierten. In ihren Augen illustrierten diese Ergebnisse, dass für eine grosse Mehrheit der Haus- und Kinderärzte dieses Instrument in seinem derzeitigen Entwicklungsstadium nicht mit einem Fortschritt oder Vorteil gleichzusetzen sei, der seine Verwendung rechtfertigen würde. Das EPD basiere auf einer 20 Jahre alten Technologie. Wenn die Regierung bereit sei, so viel Geld zu investieren, müsste die betreffende Technologie mit den auf dem Markt verfügbaren Technologien mithalten können, was

derzeit nicht der Fall sei. Es gebe neue Werkzeuge, die sich lohnten zu entwickeln – wie z.B. Kaiser Permanente in den USA: Dokumente und Berichte würden gescannt und Algorithmen ermöglichten Diagnosevorschläge. Die technologischen Lösungen, die einen Mehrwert für die Praxis bringen könnten, seien also vorhanden. Sie erwarten ein praxisnützlich, «user friendly», dynamisches Werkzeug, das folgende interoperable Module enthält: Pflegeplan, Medikationsplan, Behandlungsplan, Rezepte, Radiologie und Labor und dass es eine Nomenklatur gebe.

Am wichtigsten aus Sicht von *vsao* ist es, die Attraktivität des EPD generell zu steigern. In der jetzigen Form bringe das EPD leider weder für die Patientinnen und Patienten noch für Ärzteschaft und Gesundheitspersonal oder -institutionen einen relevanten Mehrwert. Grundvoraussetzung für den Durchbruch des EPD sei aber genau dieser Mehrwert, der nur geschaffen werden könne, wenn das EPD in Zukunft mehr sei als eine reine PDF-Sammlung. Wichtig wäre zum Beispiel die Integration des EPD in die elektronische Krankengeschichte. Sie betont, dass das EPD in der aktuellen Form ein deutliches Mehr an administrativem Aufwand bedeute. Dieser zusätzliche zeitliche Aufwand werde nicht vergütet. Es brauche deshalb für die Zukunft unbedingt auch eine Regelung, wie und durch wen die Bewirtschaftung des EPD erfolgen solle und es müsse zwingend geklärt werden, wie der für die Bewirtschaftung notwendige zeitliche Aufwand abgegolten werde.

santésuisse betont, dass zusätzlich zu den neuen Bestimmungen weiterhin Bestrebungen unternommen werden müssten, um den Nutzen des EPD für die GFP zu erhöhen und die Verknüpfung mit den Primärsystemen zu erleichtern.

axsana merkt an, dass die Situation der EPD-Anbieter zusätzlich mit Kosteneinsparungen verbessert werden könne. Insbesondere der Betrieb von parallelen Infrastrukturen und Organisationen erhöhe die Komplexität und verursache Kosten, die vermeidbar wären. Das werde beispielsweise beim gemeinschaftsübergreifenden Austausch deutlich. Sie regt deshalb erneut an, bereits während den Übergangsjahren bis zur umfassenden Revision des EPDG dieser Problematik Rechnung zu tragen und Anreize für eine Konsolidierung der Infrastrukturen und Organisationen zu schaffen.

Die *KSG* hat folgende ergänzenden Vorschläge, um das elektronische Patientendossier nützlicher und leistungsfähiger zu gestalten:

- Befristung von Gruppenzugriffsrechten: Diese Befristung sollte fakultativ möglich sein, nicht obligatorisch.
- Löschen der Löschfristen: Diese Fristen seien sinnfrei, alle Dokumente könnten jederzeit durch die Patientin oder den Patienten gelöscht werden. Sobald strukturierte Daten kämen (Impfungen), ergebe die Löschfrist noch weniger Sinn. Hierbei handle es sich um unnötigen technischen Aufwand.
- Gebühren Abfragedienste löschen.
- Identitätsprüfung mit anderen Dokumenten als der Schweizer ID erlauben: Viele Bewohner von Alters- und Pflegeheimen hätten keine gültige ID mehr. Den Gemeinschaften sollte mehr Spielraum eingeräumt werden (z.B.: Bescheinigung des Pflegeheims oder ausländischer Ausweis).
- Unterscheidung zwischen einem leeren EPD und dem Fehlen von Zugangsrechten: Eine solche Unterscheidung würde den GFP helfen, zu erkennen, ob ihnen Informationen nicht zur Verfügung stehen.
- Nachvollziehbarkeit von Notfallzugriffen ohne Dokumenteneinsicht: Jeder Notfallzugriff, auch ohne Dokumenteneinsicht, müsse im Zugriffsprotokoll mit dem Namen der GFP vermerkt werden. Umgekehrt soll gelten: Wenn solche Zugriffe nicht historisiert würden, dürfe die Patientin oder der Patient nicht benachrichtigt werden.
- Gesundheitsinstitutionen müssten gesetzlich verpflichtet werden, das Vorhandensein eines EPD der Patientin oder des Patienten festzustellen: Organisatorische und technische Implementation bei den patientenaufnehmenden Stellen in Spitälern, Kliniken und Praxen.

Die *Post* ist im Hinblick auf eine nachhaltige Finanzierung des EPD der Überzeugung, dass die heutige dezentrale Architektur des EPD mit mehrfach redundanten technischen Infrastrukturen und Betriebsorganisationen langfristig nicht finanzierbar sein werde. Eine schweizweit einheitliche technische Infrastruktur sei für alle beteiligten Akteure kostengünstiger.

Die *EKK* findet, dass für die Patientinnen und Patienten der Zugang zu ihrem EPD erleichtert werden müsse. Dies dürfe nicht zu zusätzlichen Kosten für die Patientinnen und Patienten führen. Die Frage der Bezahlung ebenso wie die Frage der Sicherheit der elektronischen Identität beim Zugriff der Patientinnen und Patienten auf ihr eigenes EPD sei derzeit im gesamten Schweizer Gesundheitssystem nicht gelöst. Die Frage müsse daher weiter vertieft werden.

Der *SSR* hat folgende Bemerkungen angebracht:

- Das EPD müsse besser aufgegleist werden – der Staat sollte das machen
- Jede Stammgemeinschaft habe ein anderes System und die seien untereinander nicht kompatibel
- Das Dossier sollte einfach und sicher sein, sei aber praktisch nicht zu realisieren
- Patientinnen und Patienten möchten entscheiden, was ins Dossier soll
- In Pflegeheimen könnten Patientinnen und Patienten das Dossier nicht selber führen, das führe zu Mehraufwand für die Institution und nehme von der Pflege Zeit weg
- Bis jetzt seien bloss 13'000 Dossiers eröffnet worden
- Von den Hausärzten hätten es 5 % eingeführt, 40 % wollten es nicht einführen
- Schätzung: Bis 2027 sollten 2 Millionen Dossiers bestehen
- Patientinnen und Patienten möchten entscheiden, was ins Dossier solle oder dürfe, aber das limitiere den Datenbestand.
- Dem Datenschutz müsse grosse Beachtung geschenkt werden

Die *Swico* fordert, dass die strukturellen Probleme des EPD in der angekündigten Revision des EPDG gelöst werden müsse. Es sei unabdingbar, das EPD, über die Finanzierungsaspekte hinaus, grundlegend anzupassen und weiterzuentwickeln. Nur so könne das volle Potential der Digitalisierung im Gesundheitswesen genutzt werden.

6.9 Diverses

Der Kanton *GL* fordert, dass die Informationskampagne des Bundes erst lanciert werden soll, wenn substantielle technische Verbesserungen beim EPD realisiert worden seien. Andernfalls pralle die Kampagne auf festgefahrene Meinungen, die nicht widerlegt werden könnten.

economiesuisse betont die Wichtigkeit der Anschlussfähigkeit des EPD zum European Dataspace. Es sollte unbedingt möglich sein, sich diesem anzuschliessen. Ob der Anschluss tatsächlich erfolgen soll, könne einem späteren Zeitpunkt entschieden werden. Bezüglich Motivation der Ärzteschaft und anderer Leistungserbringer am EPD mitzumachen, brauche es sogenannte «Quick Wins». Diese könnten via Gesetz und Verordnung skizziert werden. Zu denken sei u.a. an ein vereinfachtes Meldewesen an den Bund oder an eine Rechnungskopie über das EPD.

Der *sgv-usam* fordert, dass alle Ebenen der Gesundheitsversorgung in den Bereich Digital Health und insbesondere in den Bereich EPD einbezogen werden. Die digitale Transformation des Gesundheitswesens bedeute eine Veränderung des gesamten Umfelds und nicht nur einiger weniger Parameter, die sich auf die wichtigsten Pflegeleistungen bezögen. Weiter ist der *sgv-usam* der Meinung, dass auch die Drogerien im Bereich Digital Health und EPD einbezogen werden sollten. Diese Akteure seien an wichtigen Schritten in der Patientenversorgung beteiligt, nämlich an der Selbstmedikation, der Prävention und der Gesundheitsberatung.

ARTISET betont die Wichtigkeit, dass die Krankenversicherer keinen Zugang zum Inhalt der einzelnen EPD erhalten, auch wenn das EPD eine verfassungsmässige Verankerung in Artikel 117 BV finden solle.

Die *BEKAG* führt aus, dass sie wiederholt erfolglos darauf hingewiesen hätten, dass das EDI, das BAG und die Politik das Gesundheitswesen bewusst an die Wand fahren, indem den Schweizer Arztpraxen in den letzten Jahrzehnten Milliarden an gerechtfertigter Tarifierhöhung

vorbehalten worden seien, während gleichzeitig immer mehr (administrative) Gratisleistungen der Ärzteschaft ins Gesetz geschrieben worden seien oder noch werden sollten. Die Folgen wie etwa Hausärztemangel und ein Mangel an in der Zukunft benötigten Spitalärztinnen und Spitalärzten seien bereits heute deutlich spürbar, und der eindrückliche Beweis dafür, dass durch eine solche permanente Unterfinanzierung die Attraktivität des Arztberufs zu Lasten der Patientinnen und Patienten und zu Gunsten der gesunden Prämienzahlenden fortlaufend gesenkt worden sei. Wenn dann etwas einmal nicht klappe, aus welchen Gründen auch immer, folge die Schelte in den Medien und der Politikerinnen und Politiker an der Ärzteschaft postwendend, mit der Folge, dass wiederum zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen und neue administrative Pflichten zum Nulltarif eingeführt würden. Und sollte der Gesetzgeber dann später einmal reagieren, um die bereits heute existierende, und stets zunehmende Unterversorgung zu bekämpfen, werde es zu spät sein um rasch eine Verbesserung herbeiführen zu können. Es würden seit Jahren schlicht zu wenige, inskünftig nur noch teilzeittätige Ärztinnen und Ärzte ausgebildet.

Interpharma führt aus, dass alle Bemühungen auf dem Weg zu einem Gesundheitsdatenraum in der Schweiz in Beachtung der Arbeiten am Europäischen Gesundheitsdatenraum erfolgen müssten. Die Anschlussfähigkeit müsse gegeben sein. Der Entscheid, ob die Schweiz sich dem Europäischen Gesundheitsdatenraum anschliessen möchte, könne zu einem späteren Zeitpunkt gefällt werden.

Der *SVDG* findet, dass mit der Abstützung auf Artikel 117 BV die Verwendung der AHV-Nummer als Patientenidentifikationsmittel schon jetzt «legalisiert» werden sollte, da die Patientenidentifikation über die «geheime» Patientenidentifikationsnummer für das EPD der Zentralen Ausgleichsstelle nicht praktikabel sei. Artikel 4 EPDG solle wie folgt geändert werden: «¹ Die AHV-Nummer nach Artikel 50c AHVG wird als Patientenidentifikationsmittel verwendet.»

eSANITA führt aus, dass die Kantone für die Sicherstellung und Organisation der Gesundheitsversorgung ihrer Wohnbevölkerung zuständig sind. Dazu gehören auch die EPD-Information und Aufklärung der eigenen Wohnbevölkerung. Er schlägt einen neuen **Absatz 3** in **Artikel 15** vor: «Ergänzend und in Abstimmung mit der nationalen EPD-Informationenkampagne des Bundes leisten die Kantone anteilmässig in gleicher Höhe einen finanziellen Beitrag zur EPD-Information ihrer eigenen Wohnbevölkerung.»

7 Anhänge

7.1 Liste der Vernehmlassungsadressaten bzw -teilnehmenden

1. Kantone

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüsst	Stellungnahme
AG	Aargau	ja	ja
AI	Appenzell Innerrhoden	ja	ja
AR	Appenzell Ausserrhoden	ja	ja
BE	Bern	ja	ja
BL	Basel-Landschaft	ja	ja
BS	Basel-Stadt	ja	ja
FR	Freiburg	ja	ja
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren	ja	ja
GE	Genf	ja	ja
GL	Glarus	ja	ja
GR	Graubünden	ja	ja
JU	Jura	ja	ja
KdK	Konferenz der Kantonsregierungen	ja	nein
LU	Luzern	ja	ja
NE	Neuenburg	ja	ja
NW	Nidwalden	ja	ja
OW	Obwalden	ja	ja
SG	St. Gallen	ja	ja
SH	Schaffhausen	ja	ja
SO	Solothurn	ja	ja
SZ	Schwyz	ja	ja
TG	Thurgau	ja	ja
TI	Tessin	ja	ja
UR	Uri	ja	ja
VD	Waadt	ja	nein
VS	Wallis	ja	ja
ZG	Zug	ja	ja
ZH	Zürich	ja	ja

2. In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüsst	Stellungnahme
Die Mitte	Die Mitte	ja	ja
EAG	Ensemble à Gauche	ja	nein
EDU	Eidgenössisch-Demokratische Union	ja	nein
EVP	Evangelische Volkspartei der Schweiz	ja	nein
FDP	FDP.Die Liberalen	ja	ja
glp	Grünliberale Partei Schweiz	ja	nein
GRÜNE	GRÜNE Schweiz	ja	ja
Lega	Lega dei Ticinesi	ja	nein
PDA	Partei der Arbeit	ja	nein
SP	Sozialdemokratische Partei der Schweiz	ja	ja
SVP	Schweizerische Volkspartei	ja	ja

3. Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüsst	Stellungnahme
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete	ja	nein
SGV	Schweizerischer Gemeindeverband	ja	nein
SSV	Schweizerischer Städteverband	ja	nein

4. Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüsst	Stellungnahme
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen	ja	ja
KVS	Kaufmännischer Verband Schweiz	ja	nein
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband	ja	ja
SBV	Schweizerischer Bauernverband	ja	nein
SBV	Schweizerische Bankiervereinigung	ja	nein
scienceindustries	Wirtschaftsverband Chemie Pharma Life Sciences	nein	ja
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund	ja	ja
sgv-usam	Schweizerischer Gewerbeverband	ja	ja
Travail.Suisse	Travail.Suisse	ja	nein

5. Weitere Organisationen / interessierte Kreise

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüsst	Stellungnahme
AAV	Aargauischer Apothekerverband	nein	ja
abilis	ABILIS Nationale interprofessionelle Stammgemeinschaft der Medikation AG	nein	ja
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana	ja	ja
AD Swiss	AD Swiss Net AG	nein	ja
ADTG	Allianz für digitale Transformation im Gesundheitswesen	ja	ja
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich	nein	ja
ARTISET	Föderation der Branchenverbände der Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf	nein	ja
ASPS	Association Spitex Privée Suisse	nein	ja
AVKZ	Apothekerverband des Kantons Zürich	nein	ja
axsana	axsana AG	nein	ja
B. Gafner	Beat Gafner	nein	ja
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern	nein	ja
CARA	Verband CARA	nein	ja
CH++	Association CH++	nein	ja
ChiroSuisse	Schweizerische Gesellschaft für Chiropraktik	ja	nein
CLPh	Conférence latine des associations cantonales de pharmacie	nein	ja
Curafutura	Curafutura	ja	ja
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz	Ja	ja
CVCI	Chambre vaudoise du commerce et de l'industrie	nein	ja
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen	ja	ja

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüssst	Stellungnahme
eCH	E-Government Standards	ja	nein
EKK	Eidgenössische Kommission für Konsumentenfragen	nein	ja
eSANITA	Verein eSANITA	nein	ja
FAMH	Verband der medizinischen Laboratorien der Schweiz	nein	ja
fmc	Schweizer Forum für integrierte Versorgung	ja	nein
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	ja	ja
FoDa	Forum Datenaustausch	ja	nein
FRC	Fédération romande des consommateurs	ja	ja
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen	ja	ja
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz	ja	ja
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz	ja	ja
HCI	HCI Solutions AG	ja	nein
HIN	Health Info Net AG	ja	ja
HL7	HL7 Benutzergruppe Schweiz	ja	nein
IG eHealth	Interessengemeinschaft eHealth	ja	ja
IGMG	Interessengemeinschaft medizinische Grundversorgung	nein	ja
IGPI	Schweizerische Interessengruppe Pflegeinformatik	ja	nein
IHE Suisse	Schweizer Landesorganisation von IHE Europe (Integrating the Healthcare Enterprise)	ja	nein
Interpharma	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz	ja	ja
IPAG	Interprofessionelle Arbeitsgemeinschaft eHealth	ja	ja
ISSS	Information Security Society Switzerland	ja	nein
KAV	Kantonsapothekervereinigung	ja	ja
kf	Konsumentenforum	ja	nein
KHM	Kollegium für Hausarztmedizin	ja	nein
KSG	Konferenz der Stammgemeinschaften	nein	ja
LAV	Luzerner Apotheker Verein	nein	ja
medswiss.net	Schweizer Dachverband der Ärztenetze	ja	nein
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz	ja	ja
OdASanté	Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit	ja	nein
Ofac	Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker	ja	nein
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse	ja	ja
Physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie Verband	ja	nein
Post	Schweizerische Post AG	nein	ja
PRIVATIM	Konferenz der schweizerischen Datenschutzbeauftragten	ja	nein
Pro Senectute	Pro Senectute Schweiz	ja	nein
Public Health	Public Health Schweiz	ja	nein
Refdata	Stiftung Refdata	ja	nein
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften	ja	nein

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüssst	Stellungnahme
santésuisse	Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer	ja	ja
SAPI	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Patientinnen- und Patienteninteresse	ja	nein
SATW	Schweizerische Akademie der Technischen Wissenschaften	ja	nein
SBAP	Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie	nein	ja
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	ja	ja
SDA	Swiss Data Alliance	nein	ja
SDV	Schweizerischer Drogistenverband	ja	ja
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz	nein	ja
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin	nein	ja
SGGP	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik	ja	nein
SGMI	Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Informatik	ja	ja
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie	nein	ja
SGTMeH	Schweizerische Gesellschaft für Telemedizin und eHealth	ja	nein
SHV	Schweizerischer Hebammenverband	nein	ja
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz	ja	ja
SMVS	Société médicale du Valais	nein	ja
SNV	Schweizerische Normen-Vereinigung	ja	ja
Sphf	Société des pharmaciens fribourgeois	nein	ja
Spitex	Spitex Schweiz	ja	ja
SPO	Schweizerische Stiftung Patientenorganisation	ja	nein
SSO	Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft	ja	nein
SSR	Schweizer Seniorenrat	nein	ja
Suva	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt	ja	ja
svbg	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen	ja	ja
SVDG	Schweizer Verband Digitalisierung des Gesundheitswesens	nein	ja
SVS	Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren	ja	nein
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband	ja	nein
Swico	Der Wirtschaftsverband für die digitale Schweiz	nein	ja
Swiss Medtech	Schweizer Medizintechnikverband	ja	nein
Swisscom Health	Swisscom Health	ja	nein
SwissSign	SwissSign AG	nein	ja
swissuniversities	swissuniversities - Rektorenkonferenz der Schweizerischen Hochschulen	ja	nein
VGI.ch	Vereinigung Gesundheitsinformatik Schweiz	ja	ja
vips	Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz	ja	nein
VKS	Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz	ja	nein

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüssst	Stellungnahme
vsao	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte	nein	ja
WEKO	Wettbewerbskommission	nein	ja

7.2 Abkürzungen

Abkürzung	Titel
AHVG	Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (SR 831.10)
B2B	Business-to-Business
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BGEID	Bundesgesetz über den elektronischen Identitätsnachweis und andere elektronische Nachweise (noch nicht in Kraft)
BV	Bundesverfassung (SR 101)
DSG	Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (SR 235.1)
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EPD	elektronisches Patientendossier
EPDFV	Verordnung über die Finanzhilfen für das elektronische Patientendossier (noch nicht in Kraft).
EPDG	Bundesgesetz vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier (SR 816.1)
EPDV	Verordnung über das elektronische Patientendossier vom 22. März 2017 (SR 816.11)
GesGB	Bundesgesetz vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe (SR 811.21)
GFP	Gesundheitsfachperson
HMG	Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (SR 812.21)
HPD	Health Provider Directory
IDM	Identifikationsmittel
IDP	Identity Provider
KIS	Krankenhausinformationssystem
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
PIS	Praxisinformationssystem
QES	qualifizierte elektronische Signatur
ZertES	Bundesgesetz vom 18. März 2016 über die elektronische Signatur (SR 943.03)