



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

eHealth Suisse

Die eMedikation im
elektronischen Patienten-
dossier: Architektur-Konzept
Bericht für die öffentliche Anhörung

Fragenkatalog (d)

Anhörung 2020/21

Die Anhörung beginnt am 20. November 2020 bis 19. Februar 2021

Wichtiger Hinweis:

In der Auswertung werden nur Stellungnahmen berücksichtigt, die elektronisch über das Online-Tool eingegeben wurden.

Den Zugang zum Online-Fragebogen können Sie unter Angabe Ihres Namens und Organisation bei folgender Mailadresse einfordern: info@e-health-suisse.ch. Bitte geben Sie in Ihrem Mail an, in welcher Sprache (Deutsch, Französisch) Sie Ihre Eingaben machen möchten.

Bern, November 2020

ehealthsuisse

Kompetenz- und Koordinationsstelle
von Bund und Kantonen

Fragenkatalog für Anhörung
„Die eMedikation im elektronischen Patientendossier: Architektur-Konzept“

	Zustimmung	Zustimmung mit Vorbehalten	Ablehnung	Keine Antwort
<p>Frage Nr.1 zum Vorschlag 1 (Kapitel 2.1)</p> <p>Die Frage Nr.1 betrifft das Kapitel "Dezentrale Umsetzung" (Kapitel 2.3) aus dem Dokument "Die eMedikation im elektronischen Patientendossier: Architektur-Konzept".</p> <p>Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag 1 "Dezentrale Umsetzung"?</p>			X	
<p><u>Begründung Vorbehalt/Ablehnung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedenken bezüglich der allgemeinen Benutzerfreundlichkeit <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Implementierung eines dezentralen eMedikations-Services mit einem dezentralen Speicher (eMedication Repository) und einer dezentralen Anwendungslogik (Aggregator) in jeder «Community» bringt viel Komplexität mit sich. Einerseits ist die zugrundeliegende Technologie ziemlich alt, andererseits wird die Komplexität des Aufbaus (dass jede «Community» einen eMedikation-Service implementieren soll) ziemlich sicher einige schwierige Situationen bezüglich Wartung und Entwicklungsmanagement mit sich bringen. Gemäss unseren Erfahrungen aus der Entwicklung der EPD-Plattform, wirken sich komplexe technische und einschränkende rechtliche Rahmenbedingungen oft sogar auf den Endnutzer (Patienten und medizinisches Fachpersonal) aus. Dabei sinkt bei ihnen die Akzeptanz gegenüber dem Produkt. ○ Noch immer stehen wir vor ernsthaften Herausforderungen, wenn es darum geht, ein gutes Nutzungserlebnis zu bieten, weil technische/regulatorische Entscheidungen im Lösungsdesign-Prozess zu früh getroffen wurden und die Chancen gering sind, dass diese Rahmenbedingungen nachträglich angepasst werden. ○ Unserer Meinung nach sollen sich solche Gegebenheiten beim vorgeschlagenen eMedikations-Konzept nicht wiederholen, weil dieses auf architektonischer Seite noch mehr Herausforderungen mit sich bringt. Wie beschrieben, sind die Verlierer leider oft die Endnutzer, die vom System verunsichert sind und es anzweifeln, weil es die erwarteten Nutzungsergebnisse nicht bietet. ○ Im Hinblick auf den Lösungsdesign-Prozess sollten die Benutzeranforderungen und die erwartete Benutzererfahrung des gesamten Systems (EPD-Portal + eMedikation + weitere Zusatzdienste + Primärsysteme) im Vordergrund stehen. Der Technologie-Stack und das Architektur-Design muss idealerweise auf der Grundlage von validierten Benutzeranforderungen basieren und nicht umgekehrt. 				

- **Bedenken bezüglich Implementierungs- und Wartungskosten**
 - Die Komplexität zur Durchführung von Wartungsänderungen im vorgeschlagenen dezentralen System (welches einen eMedikations-Service für jede «Community» beinhaltet) ist sehr hoch. Eine Rückwärtskompatibilität nach dem Stand der Technik ist wahrscheinlich für alle beteiligten Akteure zwingend und kann ernsthafte Risiken mit sich bringen.
 - Bei einer dezentralen Implementierung sind etliche Akteure beteiligt. Das Zusammenspiel wird immer kritischer, da diese Zusatzdienste oft auf Vorgaben beruhen, welche Schweiz-spezifisch sind. Hinzu kommt, dass die Plattformhersteller nicht in allen Bereichen die besten Anbieter sind. Es gibt Experten am Markt, z.B. für Medikamente oder Impfungen, die besser dafür geeignet wären, eine komplette eMedikations-Infrastruktur bereitzustellen.
 - Bezüglich den Benutzerbedürfnissen muss die Fähigkeit der Endbenutzer (medizinisches Fachpersonal und Patienten) berücksichtigt werden. Die Fähigkeiten der Endbenutzer, welche ihre eMedikation (oder ihren Impfplan) auf einer modernen und aktuellen Benutzeroberfläche lesen und pflegen, müssen im Gesamtbild berücksichtigt werden. Wenn verschiedene Unternehmen und Anbieter ihre eigene Benutzeroberfläche zusätzlich zu ihrem eMedikation-Service entwickeln, könnte dies die Entwicklung, die Zertifizierung und schliesslich die Akzeptanz von jedem neuen Zusatzdienst verlangsamen. Dies ist ein nicht zu vernachlässigendes Risiko im Hinblick auf grundlegende eHealth-Ziele wie etwa die Patientenbefähigung und die Attraktivität der EPD-Umgebung.
 - Ein zentralisierter Service, der die Anwendungslogik (und eventuell eine landesweite Benutzeroberfläche) enthält, würde wahrscheinlich die Komplexität verringern und ermöglichen, Wartungsänderungen häufiger auszuführen.
- **Alternativ-Vorschlag: Zentralisierte Anwendungslogik mit dezentraler Speicherung**
 - IHE XDS basiert aus etlichen Gründen (nicht zuletzt aus Gründen der Sicherheit und Skalierbarkeit) auf einem zusammengeschlossenen System. Es ist gut durchdacht und in vielen Ländern erfolgreich getestet worden. Eine Umsetzung der eMedikation in der Schweiz auf Basis dieser zusammengeschlossenen Architektur erscheint sinnvoll.
 - Trotzdem denken wir, dass ein zentraler Service, der sich um die Anwendungslogik kümmert (eMedikation-Service), indem er dezentralisierte eMedikations-Daten zusammenfasst, die in den verschiedenen «Communities» (EPD) gespeichert sind, ein einfacherer Ansatz sein könnte. Zusätzlich könnten die eMedikations-Daten dann immer noch bei der angeschlossenen «Community» und den jeweiligen Primärsystemen gespeichert werden, wodurch die Eigenschaft der EPD-Datenspeicherung beachtet werden würde (d. h. die Daten des Patienten werden in der zugehörigen «Community», mit welcher er verbunden ist, gespeichert). Wir finden es irritierend, das System der Speicherorte so zu vermischen, wie in der vorgeschlagenen Architektur (d. h. eMedikations-Daten werden in der «Patienten-Gemeinschaft» gespeichert und nicht in der dem Primärsystem angeschlossenen «Community», wie es bei anderen EPD-Daten der Fall ist).
 - Die Primärsysteme hätten nur eine Schnittstelle zur «EPD-Community», auf der Zusatzdienste aufgebaut werden könnten.
 - EPD-Systeme würden als Vertreter von Primärsystemen, eMedikation (oder anderen Services) dienen und diese an den betreffenden zentralen Dienst weiterleiten.
 - Da sich die Industrie im Umgang mit Gesundheitsinformationen in Richtung FHIR-Ressourcen bewegt, würden wir eine rein FHIR-basierte Datenspeicherung bevorzugen oder zumindest begrüßen, dass diese Entscheidung für jeden EPD-Anbieter offengelassen wird.
- **Skalierbarkeit von Zusatzdiensten**
 - Im Allgemeinen muss die vorgeschlagene Architektur berücksichtigen, dass weitere Zusatzdienste folgen werden. Das endgültige Architektur-Konzept für die eMedikation muss ermöglichen, dass das Hinzufügen neuer Services für EPD-Anbieter und Primärsysteme so einfach wie möglich ist. Wir haben das Gefühl, dass die aktuell vorgeschlagene

	<p>eMedikations-Architektur diese entscheidende Herausforderung nicht integriert und die Einführung neuer Dienste verlangsamen könnte.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zusätzlich könnte die vorgeschlagene Architektur die Kosten und die Komplexität des Zertifizierungsprozesses für die beteiligten Parteien erhöhen: Soll jeder eMedikations-Service aus jeder «Community» separat zertifiziert werden? ○ Wir empfehlen unbedingt, diese Skalierbarkeit besser in die vorgeschlagene Architektur zu integrieren. Das globale EPD-System ist so zu konzipieren und sollte in der Lage sein, eine Vielzahl von Datentypen mit Standardmethoden und -services zu verarbeiten. Nur so kann ein nachhaltiger, langfristiger Betrieb und die Möglichkeit, die Systeme effektiv und effizient (oder überhaupt) weiterzuentwickeln, gewährleistet werden. In diesem Sinne darf die eMedikation nicht anders behandelt oder implementiert werden als Impfdaten, der Patientenwille, Allergiedaten oder Labordaten usw. 			
	Zustimmung	Zustimmung mit Vorbehalten	Ablehnung	Keine Antwort
<p>Frage Nr.2 zum Vorschlag 2 (Kapitel 2.2)</p> <p>Die Frage Nr.2 betrifft das Kapitel „Anforderungen“ (Kapitel 2.2) aus dem Dokument "Die eMedikation im elektronischen Patientendossier: Architektur-Konzept".</p> <p>Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag 2 "Zugriffrecht nur für ganze eMedikation"?</p>		X		
<p><u>Begründung Vorbehalt/Ablehnung:</u></p> <p>Grundsätzlich stimmt die IG eHealth zu, dass entweder alle eMedikations-Einträge sichtbar sind oder keine.</p> <p>Die IG eHealth hat bzgl. des beschriebenen Konzepts zur Autorisierung Vorbehalte, da die im EPD bereits implementierten Autorisierungsmechanismen von PPQ und ADR dafür nicht genutzt werden sollen. Stattdessen soll mit APPC ein zusätzlicher Mechanismus implementiert werden. Dies verursacht zusätzliche Aufwände für die Spezifikation, Implementierung, Integrationsarbeiten und den Betrieb.</p>				
	Zustimmung	Zustimmung mit Vorbehalten	Ablehnung	Keine Antwort
<p>Frage 3 zum Vorschlag 3 (Kapitel 2.4)</p> <p>Die Frage Nr.3 betrifft das Kapitel „Architektur der empfohlenen Variante“ (Kapitel 2.4) aus</p>			X	

<p>dem Dokument "Die eMedikation im elektronischen Patientendossier: Architektur-Konzept".</p> <p>Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag 3 "eMedication Service" für das Medikations-Management"?</p>				
<p><u>Begründung Vorbehalt/Ablehnung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Die Prüfung von mehreren Umsetzungsvarianten bzw. der Entscheid für die gewählte Variante ist nicht nachvollziehbar. Architektur 5 wird z.B. nicht vertieft. Die Begründung dafür lautet: «<i>The eMedication service being completely internalized into the EPR implementation, interfaces to be provided depend in the way it is implemented by the EPR-XDS.b Infrastructure. No description can therefore be given here.</i>» Da die interne Architektur des EPD sehr detailliert vorgeschrieben ist, können wir diese Argumentation nicht nachvollziehen. Die Vergleichstabelle im Kapitel 6.7 von «Implementation concept» ist nicht vollständig und die Absenz von «CON» bei der vorgeschlagenen Variante (A3.2) schafft kein Vertrauen in die dokumentierte Analyse. 				
	Zustimmung	Zustimmung mit Vorbehalten	Ablehnung	Keine Antwort
<p>Frage 4 zur Vorschlag 4 (Kapitel 2.4)</p> <p>Die Frage Nr.4 betrifft das Kapitel „Architektur der empfohlenen Variante" (Kapitel 2.4) aus dem Dokument "Die eMedikation im elektronischen Patientendossier: Architektur-Konzept".</p> <p>Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag 4 "Keine zusätzlichen Kommunikationswege für die Primärsysteme"?</p>		X		
<p><u>Begründung Vorbehalt/Ablehnung:</u></p> <p>Die IG eHealth unterstützt die Anforderung, dass Primärsysteme die eMedikations-Services über Endpunkte der bisherigen (Stamm-)Gemeinschaft integrieren sollen.</p> <p>Vorbehalte bzgl.</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei der Umsetzung werden defacto neue APIs und Proxies eingeführt, die unabhängig von der EPD-Infrastruktur laufen. Damit werden bestehende EPD-Endpunkte nicht transparent durch eMedikationsfähige Endpunkte ersetzt, sondern müssten die integrierenden Systemen weitere 				

eMedikations-Endpunkte unterstützen und die entsprechende «routing»-Logik umsetzen. Damit wäre das Hauptziel nicht ganz erreicht.				
	Zustimmung	Zustimmung mit Vorbehalten	Ablehnung	Keine Antwort
<p>Frage 5 zum Vorschlag 5 (Kapitel 2.5)</p> <p>Die Frage Nr.5 betrifft das Kapitel „Rolle des «eMedication Repository»“ (Kapitel 2.5) aus dem Dokument "Die eMedikation im elektronischen Patientendossier: Architektur-Konzept".</p> <p>Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag 5 "Patientenzentrierte Datenablage"?</p>		X		
<p><u>Begründung Vorbehalt/Ablehnung:</u></p> <p>Die IG eHealth meldet folgende Vorbehalte an.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wieso müssen alle «eMedikation»-Transaktionen als Sekundärdaten im EPD gespeichert werden? Was hat der Patient davon? Wäre es nicht sinnvoller, nur «Prescriptions» und die «Medication Card» (Snapshots) der Patienten zur Verfügung zu stellen? • Die Anforderungen bzw. die Lösung für den Wechsel der Stammgemeinschaft eines Patienten fehlen. • Die Spezifikation des «eMedikation Repository» beschreibt eine zweite «Affinity Domain» mit dedizierten «Registry» und «Repository» Akteuren nur für den eMedikation-Service. Solche Anforderungen fordern unnötige Kosten, bringen keinen Vorteil bezüglich Interoperabilität und schränken die Umsetzung unnötig ein. 				
	Zustimmung	Zustimmung mit Vorbehalten	Ablehnung	Keine Antwort
<p>Frage 6 zum Vorschlag 6 (Kapitel 2.8)</p> <p>Die Frage Nr.6 betrifft das Kapitel "Patientenportal" (Kapitel 2.8) aus dem Dokument "Die eMedikation im elektronischen Patientendossier: Architektur-Konzept".</p> <p>Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag 6 "Zugriffrecht wird separat verwaltet"?</p>			X	

<p><u>Begründung Vorbehalt/Ablehnung:</u></p> <p>Hinsichtlich der Darstellung auf der Benutzeroberfläche könnte allenfalls eine separate Darstellung der Berechtigung für die eMedikation sinnvoll sein. Allerdings lehnt die IG eHealth es ab, eine vorgeschriebene separate Verwaltung der eMedikations-Berechtigung auch im Backend umsetzen zu müssen. Das EPD bietet mit der bestehenden Architektur bereits heute einen genügend flexiblen Policy Stack, der entsprechend ausgebaut werden kann. Dabei sind Fragestellungen hinsichtlich der folgenden Punkte im EPD-Kontext bereits abgedeckt und erprobt und sollten auch für die eMedikation wiederverwendet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transaktionen unterstützen ATNA • Zugriffsprotokollierung im Patient Audit Record Repository gem. ATC • Konsistente Zugriffsberechtigung auf lokale eMedication Repository und XDS.b Repository/Registry sowie Cross-Community Repos (z.B. nach Wechsel der Stammgemeinschaft) <p>Ausserdem ist die Aussage nicht nachvollziehbar, dass die Trennung der XDS.b-Infrastruktur und des «eMedication Repository» einen besonderen Vorteil für eine unabhängige Zugriffsregelung hinsichtlich eMedikations-Daten schaffe. Es ist nicht gerechtfertigt, dass die Verordnungen eine derartige Trennung vorschreiben, solange die Interoperabilität mit Primärsystemen und anderen (Stamm-)Gemeinschaften sichergestellt werden kann.</p> <p>Auch erscheint die erwähnte zusätzliche Speicherung der eMedikations-Dokumente im XDS.b Repository nicht als sinnvoll, da der Nutzen davon nicht klar ist und es per Design zu einer doppelten Datenhaltung kommt. Zudem ist nicht klar, wie die Berechtigung ("alles oder nichts"-Prinzip) auf eMedikations-Dokumenten zwischen primärer und sekundärer Kopie konsistent gehalten werden soll.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die IG eHealth hat bzgl. des beschriebenen Konzepts zur Autorisierung Vorbehalte, da die im EPD bereits implementierten Autorisierungs-Mechanismen von PPQ und ADR dafür nicht genutzt werden sollen. Stattdessen soll mit APPC ein zusätzlicher Mechanismus implementiert werden. Dies verursacht zusätzliche Aufwände für die Spezifikation, Implementierung, Integrationsarbeiten und den Betrieb. • Das Schreiben und Lesen des APPC-Dokuments scheint keinem Berechtigungssystem zu unterliegen. Wie wird das Schreiben und Lesen des Dokuments (Policy) autorisiert? Spezieller, wie werden z.B. das Delegationsrecht einer GFP oder die Stellvertretung eines Patienten / einer Patientin behandelt? • Mögliche Konflikte aufgrund der Verwendung von unterschiedlichen Berechtigungssystem-Konzepten wie PPQ/ADR und APPC sind nicht geklärt (z.B. Zugriffsberechtigung auf Metadaten von On-Demand-Dokumenten). Die Empfehlung der IG eHealth ist, kein zusätzliches Berechtigungssystem-Konzept für die eMedikation einzuführen. 				
	Zustimmung	Zustimmung mit Vorbehalten	Ablehnung	Keine Antwort
<p>Frage 7 zum Vorschlag 7 (Kapitel 2.9)</p> <p>Die Frage Nr.7 betrifft das Kapitel "Verantwortung" (Kapitel 2.9) aus dem Dokument "Die eMedikation im elektronischen Patientendossier: Architektur-Konzept".</p>	X			

<p>Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag 7 "Verantwortung für Inhalte regeln"?</p>				
<p><u>Begründung Vorbehalt/Ablehnung:</u></p> <p>Das Verantwortungsmodell sollte der aktuellen Gesetzgebung entsprechen. Die erweiterten Abgabeberechtigungen der Apotheker (Liste B+) sind zu berücksichtigen sowie auch die Liste D, (Drogerie und Apotheke), da gerade bei der Selbstmedikation sehr wichtig ist, dass man den bestehenden Medikationsplan kennt. Bei den Prozessen fehlt deshalb auch ein Ablauf ohne Rezeptierung.</p>				
	<p>Zustimmung</p>	<p>Zustimmung mit Vorbehalten</p>	<p>Ablehnung</p>	<p>Keine Antwort</p>
<p>Frage 8 zum Vorschlag 8 (Kapitel 2.10)</p> <p>Die Frage Nr.8 betrifft das Kapitel "Finanzierung" (Kapitel 2.10) aus dem Dokument "Die eMedikation im elektronischen Patientendossier: Architektur-Konzept".</p> <p>Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag 8 "Entwicklungskosten teilen"?</p>			<p>X</p>	
<p><u>Begründung Vorbehalt/Ablehnung:</u></p> <p>Faire Preise und Innovation werden durch einen freien Markt mit mehreren Anbietern ermöglicht. – Der aktuelle Ansatz birgt ein grosses Risiko für die Entstehung eines Monopols, welches langfristig den Innovationsspielraum einschränkt und höhere Kosten verursacht.</p> <p>Zudem ist nicht klar, inwiefern die bestehenden Komponenten aus der Vorarbeit von CARA effizient wiederverwendet werden können? Welche Deploymentverfahren werden unterstützt? Welche Monitoring-Verfahren werden unterstützt? Wieweit hat MonDossierMedical «Legacy-Support» die Architekturempfehlung beeinflusst? Wie viele unnötige Integrations- und Betriebskosten werden diese Komponente in anderen Stammgemeinschaften verursachen?</p>				
	<p>Zustimmung</p>	<p>Zustimmung mit Vorbehalten</p>	<p>Ablehnung</p>	<p>Keine Antwort</p>
<p>Frage 9 zum gesamten Dokument</p> <p>Die Frage Nr.9 betrifft das gesamte Dokument "Die eMedikation im elektronischen Patientendossier: Architektur-Konzept".</p>		<p>X</p>		

<p>Sind Sie einverstanden mit der generellen Stossrichtung des Dokuments? Haben Sie Bemerkungen zu Themenbereichen, welche durch die Vorschläge nicht abgedeckt sind?</p>				
<p><u>Begründung Vorbehalt/Ablehnung:</u></p> <p>Konkrete Vorbehalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Evaluationsprozess der fünf Architektur-Varianten ist nicht ausreichend nachvollziehbar. • Die Spezifikations-Tiefe in den Verordnungen muss die Interoperabilität von Interfaces für anzuschliessende Primärsysteme und für andere (Stamm-)Gemeinschaften gewährleisten, nicht aber EPD-Plattform interne Komponenten oder Schnittstellen vorschreiben. Somit sollen nur die Spezifikationen für Interfaces und übergeordnete Workflow-Definitionen normativen Charakter haben, die für die Interoperabilität mit Primärsystemen und anderen (Stamm-)Gemeinschaften erforderlich sind. Das Architektur-Dokument Kapitel 4 ff. sollte nur als Empfehlung verstanden werden. • An dieser Stelle sei auch nochmals erwähnt, dass die bereits bestehenden Mechanismen zur Verwaltung von Zugriffsberechtigungen (PPQ) und zur Durchsetzung der Zugriffsentscheidungen (ADR) genutzt werden und entsprechend ausgebaut werden sollen. Insbesondere zu erwähnen ist, dass die Gründe, weshalb hierfür APPC genutzt werden soll, nicht ausreichend nachvollziehbar sind. • Im techn. Konzept wird erwähnt, dass über PIXv3 das «reference community ID» ermittelt werden sollte. Die vorgeschlagene Lösung ist für uns nicht nachvollziehbar und basiert allenfalls auf falschen Annahmen. • Im techn. Konzept wird erwähnt, dass aus Performance-Gründen Medikationsdaten im CDA-CH-EMED und CH-EMED gespeichert werden sollen. – Diese Datenredundanz per Design scheint nicht begründet und sinnvoll zu sein. • Durch die starke Trennung zwischen bisheriger EPD Architektur und zusätzlichem eMedication-Service, scheint es, dass die Primärsysteme auch weitere APIs haben. • Kap. 4,5,6 und Teil von Kap.7 vom Dokument «Implementation Guideline» bringen keinen Wert zur Interoperabilität oder zur Systemsicherheit und führen zu massiven Einschränkungen in der Innovation und bei der Umsetzung. Dies sollte nur als optional betrachtet werden. 				
<p>Frage 10 - Generelle Bemerkungen</p> <p>Haben Sie generelle Bemerkungen, z.B. Verbesserungsvorschläge zum Fragebogen?</p>	<p>Grundsätzlich sind die Anforderungen und Ansätze für die Implementierung des eMedication-Services nachvollziehbar. Insbesondere unterstützen wir die vorgeschlagene Abbildung von Akteuren aus der IHE PHARMA Domain.</p> <p>Grundsätzliche Vorbehalte beziehen sich auf die umfassenden Vorgaben der Architektur.</p> <p>Der Vorschlag ist in einer inhaltlichen Breite und Tiefe ausgestaltet, dass nur die wenigsten Anbieter die hohen Hürden erfüllen können und de facto der Wettbewerb ausgeschaltet wird. Wird der Vorschlag so auf Stufe Verordnung vorgeschrieben, fallen für die Umsetzung hohe Kosten an. Diese dürften zur Folge haben, dass die Zahl der Stammgemeinschaften abnimmt, sei es durch Fusionen oder Geschäftsaufgabe. Falls dies politisch gewollt sein sollte, soll es nicht als Kollateralschaden der staatlichen Regulierung erfolgen.</p>			

Generell stellt sich die Frage, weshalb keine Lehren gezogen wurden aus den extensiven EPD-Verordnungen (namentlich die ausufernden TOZ), die zeitlich und finanziell enorme Auswirkungen gehabt haben und die Einführung des EPD verzögern. Weshalb beschränkt sich der Staat bezüglich der Vorgaben nicht auf die wesentlichen Punkte? Zu regeln wären einzig die Sicherheitsvorgaben und allenfalls die Standards, welche die Interoperabilität sicherstellen. Eine mögliche Lösung wäre, dass die Branche sich auf Standards einigt und der Staat nur subsidiär eingreift, wenn sich die Akteure nicht einigen können.

Mit dem aktuellen Vorschlag muss jede Stammgemeinschaft eine zweite, parallele Infrastruktur aufbauen. Wir sind uns bewusst, dass dies eine Folge der aktuellen EPDG-Regelung und der dezentralen Datenhaltung ist. Falls die Anforderungen bei jedem weiteren Use Case innerhalb des EPD so hoch sein werden, so stellt sich die Frage, ob es nicht zielführender wäre, mit einer EPDG-Revision Vereinfachungen zu ermöglichen.

Gänzlich ungelöst ist die Frage der Finanzierung, einerseits für den Aufbau und den Betrieb der eMedikations-Lösung. Auch tarifarischen Fragen für die Finanzierung der Aufwände der Leistungserbringer sind ungelöst.

Generelle Bemerkungen:

Viele kritische Punkte sind nicht im «Bericht für die öffentliche Anhörung» enthalten, sondern in den im Kapitel 1.4 und 1.5 referenzierten Dokumenten:

- «Implementation Guide for eMedication architecture in the context of the EPR»
- «eMedikation in the context of the Electronic Patient Record»

Verbesserungsvorschläge

- Transparente Publikation von allen Dokumenten die zur Review stehen
- Bessere Strukturierung vom Feedback, z.B. auf mehrere Stufen: Bericht, Konzept und Implementationsvorgaben
- Reduktion auf die wesentlichen Kapitel