



## Factsheet

---

# "Behandlungsrelevante Informationen" im elektronischen Patientendossier

---

Das vorliegende Factsheet greift den im Kontext des elektronischen Patientendossiers verwendeten Begriff „behandlungsrelevante Daten“ auf und grenzt diesen ein.

### Vorgaben im Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier

Das elektronische Patientendossier ist gemäss Artikel 2 des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) ein "virtuelles Dossier", über das dezentral abgelegte behandlungsrelevante Daten einer Patientin oder eines Patienten in einem Abrufverfahren zugänglich gemacht werden können. Die Eröffnung und Verwendung des elektronischen Patientendossiers ist für Patientinnen und Patienten freiwillig. Die Botschaft zum Entwurf des Bundesgesetzes führt zudem aus, dass eine Gesundheitsfachperson nicht die ganze Krankengeschichte eines Patienten im elektronischen Patientendossier zugänglich macht. Es werden nur jene Informationen zur Verfügung gestellt, die für die weitere Behandlung bei anderen Gesundheitsfachpersonen von Bedeutung sind. Somit sind die behandlungsrelevanten Daten eine Teilmenge der Dokumente und Daten aus den Praxis- und Klinikinformationssystemen (auch Primärsysteme genannt).

Der Entwurf des EPDG und die Botschaft definieren den Begriff "behandlungsrelevante Informationen" nicht näher. Es werden lediglich folgende Beispiele aufgeführt: Röntgenbilder und radiologische Befunde, Spitalaustrittsberichte oder auch Angaben zur Medikation. Dabei wird festgehalten, dass es sich bei diesen Daten um besonders schützenswerte Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes handelt.

### Behandelnde und Patienten entscheiden über Inhalt

Der Inhalt des elektronischen Patientendossiers soll gemäss EPDG aus Daten und Dokumenten bestehen, die für die an der Weiterbehandlung beteiligten Gesundheitsfachpersonen von Bedeutung sind. Welche Informationen und Daten als behandlungsrelevant gelten, hängt vom jeweiligen Fall und dem jeweiligen Krankheitsverlauf eines Patienten oder einer Patientin ab. In der Regel entscheiden die Gesundheitsfachpersonen, welche Daten für die weitere Behandlung relevant sind. Hat der Patient oder die Patientin die Einwilligung für die Erstellung eines elektronischen Patientendossiers gegeben, so wird im Behandlungsfall vermutet, dass die betroffene Person damit einverstanden ist, dass die Gesundheitsfachpersonen Daten im elektronischen Patientendossier erfassen.<sup>1</sup> Das bedeutet, dass die Gesundheitsfachperson bei der Bereitstellung von Dokumenten im elektronischen Patientendossier nicht für jedes einzelne Dokument die explizite Einwilligung beim Patienten einholen muss. Will der Patient oder die Patientin jedoch, dass bestimmte Dokumente nicht im elektronischen Patienten-

---

<sup>1</sup> Gemäss Art. 3 Abs. 2 EPDG

dossier bereitgestellt werden, so muss er oder sie aktiv werden und die Gesundheitsfachperson entsprechend instruieren.

Diese Informationen sind somit eine Teilmenge der Daten und Dokumente, die in den Informationssystemen der Gesundheitsfachpersonen abgelegt sind. Relevant im Behandlungsprozess sind typischerweise Operations- und Austrittsberichte, Medikationslisten, Listen mit Diagnosen oder aktuellen Problem, bildgebende Verfahren mit dem dazugehörigen Befund sowie weitere Befunde (z.B. Labor, Pathologie). Generell von Interesse sind Informationen, die den Gesundheitsfachpersonen im Notfall oder bei einer geplanten Konsultation wichtige Hinweise geben können. Dazu gehören zum Beispiel Blutgruppen- und Transfusionsdaten, Daten zu Impfungen, Transplantationsdaten, Allergien, besondere Erkrankungen, Unfallfolgen, Kontaktadressen für den Notfall oder Patientenverfügungen.

Eine abschliessende Definition, was unter "behandlungsrelevanten Informationen" zu verstehen ist, wird es jedoch nicht geben. Was als "behandlungsrelevant" anzusehen ist und somit für andere Gesundheitsfachpersonen zugänglich gemacht werden soll, entscheidet die behandelnde Gesundheitsfachperson.

### Der Bedarf in den Versorgungsregionen

Aus diversen Versorgungsregionen kommt der Wunsch, die prioritären Inhalte und Austauschformate<sup>2</sup> des elektronischen Patientendossiers im Rahmen der Arbeiten von „eHealth Suisse“ gemeinsam festzulegen und wenn möglich zu standardisieren. Um sich auf die von den Gesundheitsfachpersonen benötigten Inhalte definieren zu können, wurden Bedarfsanalysen in fünf verschiedenen Regionen<sup>3</sup> durchgeführt.

	Stadt ZH	Kanton AG	Kanton VS	Kanton VD	Kanton TI
1	Kurzaustrittsbericht (Summary)	Kurzaustrittsbericht (Summary)	Austrittsmedikamente	Austrittsmedikamente	Laborresultate
2	Medikationsliste (Verordnung)	Medikationsliste (Verordnung)	Kurzaustrittsbericht	Laborresultate	Untersuchungsberichte (Radiologie, Pathologie)
3	Diagnoseliste, Allergien	Diagnoseliste, Allergien	Austrittsbericht	Untersuchungsberichte (Radiologie, Pathologie)	Austrittsmedikamente
4	Laborresultate	Laborresultate	Allergien	Austrittsbericht	Konsiliarbericht
5	Befund	Befund	Konsiliarbericht	Kurzaustrittsbericht	Austrittsbericht
6	Pflegedokumentation	OP-Bericht	Untersuchungsberichte (Radiologie, Pathologie)	Konsiliarbericht	Kurzaustrittsbericht

1. Medikation	2. Austrittsberichte	3. Labordaten	4. Befunde	5. Allergien	6. Berichte von Konsultationen
---------------	----------------------	---------------	------------	--------------	--------------------------------

Resultat war, dass für die Behandelnden folgende Themen im Vordergrund stehen:

- Informationen zur Medikation;
- Austritts- und Überweisungsberichte (provisorisch und definitiv);

<sup>2</sup> Bei Austauschformaten handelt es sich um strukturierte Dokumente mit denen medizinische Informationen automatisiert und maschinenlesbar zwischen den IT-Systemen ausgetauscht werden können ("eHealth Suisse" 2013).

<sup>3</sup> Es existieren Bedarfsanalysen aus den Kantonen Aargau, Wallis, Waadt und Tessin sowie aus der Stadt Zürich (2010 / 2011).

- Befunde (Labordaten, Radiologie, Konsiliarberichte, etc.);
- Informationen zu Allergien.

### Dokumentenformate im elektronischen Patientendossier

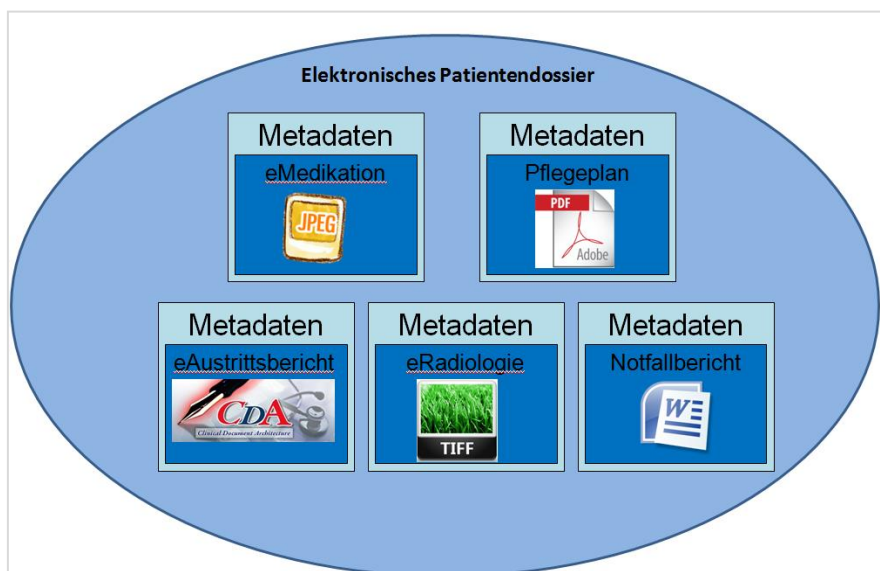
Das Koordinationsorgan "eHealth Suisse" hat 2013 in einem Konzept festgelegt, dass "federführende Organisationen" aus dem Umfeld der Behandelnden die auszutauschenden Inhalte festlegen. In der Folge wurde eine Interprofessionelle Arbeitsgruppe (IPAG)<sup>4</sup> gegründet, um in einem ersten Schritt den Inhalt der Austauschformate zu eMedikation und eAustrittsbericht festzulegen. Die Arbeitsgruppe hat im Sommer 2014 mit den Definitionsarbeiten begonnen.

Die Gesundheitsfachpersonen, welche behandlungsrelevante Daten im elektronischen Patientendossier zugänglich machen möchten, werden diese immer in Form von Dokumenten tun. Das heisst, dass sie für das Hochladen ihrer Informationen vorgängig einen speziellen Dokumententyp (eAustritt, Laborbefund, Allergiepass etc.) in einem bestimmten Format (Word, Pdf, CDA etc.) auswählen müssen.

Unter dem Begriff "Austauschformat" werden Dokumentenformate verstanden, welche die Informationen strukturiert und maschinenlesbar zugänglich machen. Damit dies möglich ist, muss für jedes Austauschformat vorgängig festgelegt werden, welche (medizinischen) Informationen in welcher Struktur und in welchem Format (z.B. CDA Level 3, openEHR), ausgetauscht werden soll. Strukturierte Informationen haben den Vorteil, dass sie automatisiert weiterverarbeitet werden können. Damit ein schweizweiter interoperabler Datenaustausch von Dokumenten zwischen den IT-Systemen möglich wird, braucht es für alle Dokumentenformate (CDA, Word PDF etc.) national verbindlich festgelegte Metadaten. Die Metadaten der Dokumente enthalten Informationen im Sinne eines konventionellen "Briefkopfes", damit zum Beispiel die Information dem richtigen Patienten zugeordnet werden kann.

### Dokumenten-Metadaten im elektronischen Patientendossier

Im Rahmen des elektronischen Patientendossiers ist die verbindliche Festlegung der Dokumenten-Metadaten essentiell für die Interoperabilität und Austauschmöglichkeit innerhalb und zwischen den (Stamm-)Gemeinschaften. Für die Funktionen, Dokumente nach bestimmten Kriterien zu suchen, sortieren oder filtern, können diese Dokumenten-Metadaten genutzt werden (zum Beispiel nach Kriterien wie "Autor", "Organisation", "Dokumententyp" oder "Datum der Erstellung"). Damit diese Funktionen möglich sind, müssen die vorgegebenen Dokumenten-Metadaten und deren Wertebereiche beim Einstellen von Dokumenten ins elektronische Patientendossier immer berücksichtigt und eingehalten werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass zum Beispiel ein Dokument mit dem Dokumententyp "Laborbefund" von anderen Gesundheitsfachpersonen oder dem Patienten als solches gesucht und gefunden werden kann.



<sup>4</sup> Die interprofessionelle Arbeitsgruppe (IPAG) besteht aus Verbandsvertretern aus ChiroSuisse, ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS), FMH, pharmaSuisse, physioswiss, Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), Schweizerischer Hebammenverband und Schweizerischer Verband dipl. ErnährungsberaterInnen (SVDE).

Mit den Dokumenten-Metadaten steuert zudem der Patient oder die Patientin die Vertraulichkeitsstufen eines Dokumentes, die wiederum einen Einfluss darauf haben, welche Gesundheitsfachpersonen das Dokument einsehen können. Der Patient oder die Patientin kann bspw. ein Dokument, das mit der Vertraulichkeitsstufe „medizinische Daten“ zugänglich gemacht wurde neu mit der Vertraulichkeitsstufe „sensible Daten“ versehen. Mit der Konsequenz, dass nur noch Gesundheitsfachpersonen mit der „erweiterten Zugriffsstufe“<sup>5</sup> auf das Dokument zugreifen können.

Die Dokumenten-Metadaten für das elektronische Patientendossier wurden durch „eHealth Suisse“ erarbeitet und publiziert. Der Entwurf des EPDG sieht momentan vor, dass diese national festgelegten Dokumenten-Metadaten später auch über einen Abfragedienst elektronisch verfügbar gemacht werden.<sup>6</sup>

#### Quellen:

- [Botschaft zum Entwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier.](#)
- [Entwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier.](#)
- [eHealth Suisse, Koordinationsorgan Bund-Kantone.](#)
- [eHealth Suisse \(2013\): Änderungsprozess von Dokumenten-Metadaten und derer Wertebereiche im elektronischen Patientendossier.](#)
- [eHealth Suisse \(2013\): Konzept für die Definition von Austauschformaten für medizinische Inhalte.](#)
- [eHealth Suisse \(2014\): Empfehlungen V, Regeln für die Steuerung der Zugriffsrechte.](#)
- [eHealth Suisse \(2013\): Semantik und Metadaten, Empfehlungen I.](#)
- [Pharmasuisse 2014: eMedikation.](#)

---

<sup>5</sup> Gemäss den „Empfehlungen V - Regeln für die Steuerung der Zugriffsrechte“ gibt es für Gesundheitsfachpersonen fünf Zugriffsstufen (administrativ, eingeschränkt, normal, erweitert und Notfall). Die Zugriffsstufen sind mit den Vertraulichkeitsstufen von Dokumenten (demographische, nützliche, medizinische, sensible und geheime Daten) verknüpft. Das heisst, dass mit der Zuordnung der Gesundheitsfachperson auf eine bestimmte Zugriffsstufe definiert wird, welche Dokumente, die Person einsehen kann. So hat bspw. eine Person mit der Zugriffsstufe „administrativ“ ausschliesslich auf Dokumente mit der Vertraulichkeitsstufe „demografische Daten“ Zugriff.

<sup>6</sup> Siehe Art. 14 Abs. 1 EPDG.