

## #34

VOLLSTÄNDIG

**Collector:** Email Invitation 2 (E-Mail)  
**Begonnen:** Donnerstag, 18. Februar 2021 17:23:59  
**Letzte Änderung:** Donnerstag, 18. Februar 2021 17:44:08  
**Benötigte Zeit:** 00:20:08  
**E-Mail-Adresse:** serge.bignens@bfh.ch  
**IP-Adresse:** 85.3.116.58

---

Seite 2: Frage Nr.1 zum Vorschlag 1 (Kapitel 2.1)

### F1

Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag 1 "Dezentrale Umsetzung"?

### Ablehnung,

Begründung Vorbehalt/Ablehnung:

DIESE STELLUNGNAHME (zu allen Fragen) IST DIE STELLUNGNAHME DER SGMI (SWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FUER MEDIZININFORMATIK) Die dezentrale Umsetzung ist einen interes-santen Ansatz aus IT-technischer Ansicht. Jedoch lehnen wir diesen Vorschlag ab. Die Wahl dieser Lösung basiert auf kurzfristigen Betrachtungen ohne echte Aufführung von Nutzen und Zielen der eMedikation im EPD Diese Lösung ist hauptsächlich aufgrund technischer Betrachtungen entstanden, ohne dabei auf die Bedürfnisse der gesamten Prozesskette Rücksicht zu nehmen. Die Architektur einer Software muss an die reellen Bedürfnisse angepasst werden und nicht umgekehrt. Beispiele aus dem Ausland wurden nicht genügend analysiert, insb. Gründe, die in Österreich zu einer zentralisierte Lösung geführt haben Diese Umsetzung würde nur schwer (und kostenintensiv) Datenerhebungen im Sinne von PublicHealth-Anliegen und Pharamkovigilanz ermöglichen, was ein echter Mehrwert einer digitalen Lösung wäre. Auch würde diese Umsetzung keinen Vorteil in Bezug auf Betäubungsmittelkontrolle anbieten Mit der vorgeschlagenen dezentralen «eMedi Repository» wird progressiv eine riesige Datenmenge zu bearbeiten sein, um Datenanalysen durchführen zu können. Diese Umsetzung berücksichtigt die Selbst-Medikation nicht. Es ist nicht realistisch, dass Patienten oder Gesundheitsfachpersonen die nicht verschriebenen Arzneimitteln zusätzlich erfassen werden. Mit diesen zusätzlichen Dezentralismus Paradigma hätte die gesamte Architektur zwei unterschiedlichen Dezentralismus-Paradigmen. Die eMedikationsdokumente sind dezentralisiert nach Stammgemeinschaft des Patienten gespeichert, während die weiteren Dokumenten dezentralisiert nach Anschlussgemeinschaft der Leistungserbringer abgelegt wären. Dies verdoppelt die Cross-Community Komplexität und damit die Wartungskosten, die Testkosten und Zertifizierungskosten. Siehe auch Kommentar zu Frage #9.

Seite 3: Frage Nr.2 zum Vorschlag 2 (Kapitel 2.2)

**F2**

**Zustimmung**

Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag 2  
"Zugriffsrecht nur für ganze eMedikation"?

---

Seite 4: Frage 3 zum Vorschlag 3 (Kapitel 2.4)

**F3**

Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag  
3 "eMedication Service" für das  
MedikationsManagement"?

**Ablehnung,**

Begründung Vorbehalt/Ablehnung:

Siehe auch unsere Kommentare zu Frage #9 und zu Frage #1 Aufgrund der Wichtigkeit und Komplexität der Medikation soll die Architektur auf das minimal Nötige reduziert werden. Gemeinschaften sollen gar keine Funktion in der Medikationspflege haben, damit wäre eine Komplexitätsstufe weniger vorhanden. Wer Medikationsdaten einsehen/bearbeiten will, soll direkt mit der Stammgemeinschaft kommunizieren. Zudem muss um jeden Preis vermieden werden, dass Stammgemeinschaften unterschiedliche eMedikations-Services einbinden. Ein einheitlich definiertes und an einen Anbieter ausgegebenes Funktions-Set soll Basis für eine möglichst schlanke, preiswerte, funktionale und sichere Implementation sein.

---

Seite 5: Frage 4 zur Vorschlag 4 (Kapitel 2.4)

**F4**

**Zustimmung**

Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag 4 "Keine  
zusätzlichen Kommunikationswege für die  
Primärsysteme"?

---

Seite 6: Frage 5 zum Vorschlag 5 (Kapitel 2.5)

**F5**

Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag 5 "Patientenzentrierte Datenablage"?

**Ablehnung,**

Begründung Vorbehalt/Ablehnung:

Wir lehnen diese Form von Datenablage ab, sind aber dafür, dass die Daten patientenzentriert organisiert werden. Siehe unsere Kommentare zu Frage #9 und Frage #1. In der aktuellen Formulierung ist nicht ganz klar, was das Ziel sein soll. Der Grundsatz der patientenzentrierten Datenhaltung ist korrekt, darf aber nicht auf eine Stammgemeinschaft beschränkt sein. Entsprechend müssen alle Stammgemeinschaften Beiträge zur aktuellen eMedikation beitragen können (Bsp: ausserkantonaler Medikamentenbezug/Notfallrezept im Urlaub). Nicht einverstanden sind wir mit dem Anspruch an eine „zentral geführte, Medikationsliste, für die jemand die Verantwortung übernehmen soll, das wird zu Recht an den rezeptierenden Fachpersonen scheitern, die diese Verantwortungsübernahme ablehnen werden. Besser geeignet wäre ein Ansatz, bei welchem transparent gemacht wird, wer zu welchem Zeitpunkt Medikamente rezeptiert/abgibt/stoppt und das Primärsystem kann dann eine Logik verwenden, um anhand dieser (API-basierten) Abfrage die gewünschte Medikationsübersicht im Primärsystem zu visualisieren. Eine vollständige Erfassung aller Medikationsabgaben wird dabei zwingend enthalten sein müssen.

---

Seite 7: Frage 6 zum Vorschlag 6 (Kapitel 2.8)

**F6**

Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag 6 "Zugriffsrecht wird separat verwaltet"?

**Ablehnung,**

Begründung Vorbehalt/Ablehnung:

Siehe unsere Kommentare zu Frage #9 und #1. Die Tatsache, dass die eMedikationsdokumente auch als einzelne Dokumente im EPD sichtbar und jeweils vom Patienten mit Vertraulichkeitsstufen sichtbar/versteckt markiert werden können, hat zur Folge, dass ein Patient, der eine Verschreibung geheim halten möchte, aber opt-in für die eMedication services aktiviert hat, fälschlicherweise den Eindruck bekommt, dass diese Verschreibung versteckt ist, obwohl sie via eMedication services sichtbar ist. Diese Komplexität für 8 Millionen potentiellen EPD Anwender zu erklären ist unmöglich. Gerade im Bereich Medikation wird klar, dass ein bewusstes ‚Unterdrücken‘ von Information durch den Patienten aus medizinischer Sicht keinerlei Sinn macht und abzulehnen ist bzw. dem Patienten die volle Verantwortung zu übertragen ist.

---

Seite 8: Frage 7 zum Vorschlag 7 (Kapitel 2.9)

**F7**

Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag 7  
"Verantwortung für Inhalte regeln"?

**Ablehnung,**

Begründung Vorbehalt/Ablehnung:

Siehe unsere Kommentare zu Frage #9 und Frage #1  
Insbesondere diese Verantwortungen und dazugehörige  
Rollen müssten vorgängig geregelt werden und an-  
schliessend müsste, anhand der definierten Regeln, die  
Architektur darauf aufgebaut werden. Die Vorstellung  
eines ‚einzig richtigen‘ Medikationsplans ist wohl im  
gewählten Ansatz der Schweizer EPD-Umgebung zu  
anspruchsvoll und eventuell auch naiv. Einfacher und  
realitätsnaher wird es sein die Verant-wortung nach wie  
vor bei den Primärsystemen bzw. deren Anwendern zu  
belassen und lediglich eine ein-heitliche, standardisierte  
Kommunikation sicherzustellen mit dem zentral geführten  
Konglomerat aller Abgaben/Verordnungen.

---

Seite 9: Frage 8 zum Vorschlag 8 (Kapitel 2.10)

**F8**

Sind Sie einverstanden mit dem Vorschlag  
8 "Entwicklungskostenteilen"?

**Ablehnung,**

Begründung Vorbehalt/Ablehnung:

Siehe unsere Eingabe zur Frage #9

---

Seite 10: Frage 9 zum gesamten Dokument

**F9**

Sind Sie einverstanden mit der generellen Stossrichtung des Dokuments? Haben Sie Bemerkungen zu Themenbereichen, welche durch die Vorschläge nicht abgedeckt sind?

**Ablehnung,**

Begründung Vorbehalt/Ablehnung:

DIESE STELLUNGNAHME (zu allen Fragen) IST DIE STELLUNGNAHME DER SGMI (SWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FUER MEDIZININFORMATIK) Wir erachten es als notwendig und als Voraussetzung, dass zuerst die Prozesse und Verantwortlichkeiten der einzelnen Akteure festgelegt werden, da dies die Entscheidungen bezüglich Architektur beeinflusst. Daraus soll anschliessend die Finanzierung des Models definiert werden (inbegriffen: Entwicklung, Unterhalt, Incentives für die Dateneingaben durch die Gesundheitsfachpersonen, usw.). Wir fordern eine einzige schweizweite Lösung in Analogie zu ELGA, aus folgende Gründen: Die Medikation ist von grösster Wichtigkeit für die Behandlung der Patienten, aber auch für die öffentlichen Gesundheit Mit einer schweizweiten Lösung kann das Datenmanagement (Data Governance) der eMedikation einheitlich und effizient gesichert werden, was nicht nur deren Verwaltung aber auch die Datenflüsse, Einwilligungsmanagement und Zugangsberechtigungen, usw. umfasst. Entsprechend könnten die Behörden das Datenmanagement einfacher prüfen und kontrollieren. Siehe dazu den Bericht «Vision „eHealth\_2025“ der SGMI vom 06.06.2015, insbesondere die §5.1 Optimierung, §5.4 Smart Data Governance und §5.7 Innovation. Vom gewählten Grundsatz des dezentralen Zugangs zum EPD muss nicht abgewichen werden, aber der dezentrale Ansatz kann fortan nicht als Modell gelten, um Bereiche wie die eMedikation sinnvoll abzubilden. Zu den Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens gehören auch die Möglichkeit zur Erhebung von Daten und Evolutionen bezüglich Konsum von Betäubungsmitteln, Änderungen von Verschreibungsgewohnheiten (z.B. Ritalin), Substitution bekannter mit neueren Medikamenten, Verbrauch von Antibiotika und anderen Substanzen von öffentlichem Interesse, Analyse der Polymedikation usw. Die einmalige Chance, diesen Informationsgewinn in die eMedikation einfließen zu lassen, bietet sich nur jetzt in vernünftiger Weise und entsprechend muss das Konzept und die Umsetzung gewählt werden. In diesem Zusammenhang ist auch zu definieren, wie mit Fragen der öffentlichen Gesundheit und der Einspeisung von Daten zu Forschungszwecken umgegangen werden soll/kann. Die Implementierung eines echten workflows für die Medikation, beginnend mit der elektronischen Verschreibung über die Abgabe der Medikamente bis hin zu Pharmakovigilanz und Public Health-Auswertungen inklusive allen zugehörigen B2B-Prozessen wie z.B. Rückfraktionen ist anzustreben und abzubilden.

**F10**

Haben Sie generelle Bemerkungen, z.B. auch Verbesserungsvorschläge zum Fragebogen?

DIESE STELLUNGNAHME (zu allen Fragen) IST DIE STELLUNGNAHME DER SGMI (SWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FUER MEDIZININFORMATIK)

---