

Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung  
Multisektorale Projekte  
3003 Bern

Bern/Stein a. R. 15. Dezember 2011

## **Stellungnahme zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPD) Stellung nehmen zu können. Gerade wir Hausärztinnen und Hausärzte sind vom EPDG hauptsächlich betroffen, da bei uns die medizinischen Daten der verschiedenen Behandlungen eines Patienten zusammenlaufen, was auch sinnvoll ist.

Wir erachten einen engen Austausch zwischen (Haus-) Ärzteschaft und öffentlicher Hand bei der Erarbeitung gesetzlicher Rahmenbedingungen daher als unabdingbar. Dies nicht zuletzt deshalb, weil wir im Rahmen eigener umfangreicher Arbeiten im Bereich eHealth über grosse Erfahrung und viel Know-how verfügen.

Dem vorgelegten Entwurf begegnen wir mit grosser Skepsis. Zwar begrüssen wir, dass der Bund im Bereich von eHealth aktiv werden und gesetzliche Grundlagen erarbeiten will, gleichzeitig bemängeln wir aber, dass die für die Schaffung eines solchen EPDG notwendigen Voraussetzungen derzeit fehlen. Gerne erläutern wir Ihnen nachfolgend ausführlich unsere Bedenken und möchten Ihnen gleichzeitig unsere Unterstützung bei der Erarbeitung tragfähiger Lösungen anbieten.

## Allgemeine Bemerkungen

### *Sinn eines EPDG*

Grundsätzlich begrüssen wir eine gesetzliche Regelung zum EPD. Allerdings steht dieses Gesetz ziemlich isoliert da und ist zu wenig abgestützt in einer gesamthaften und auch realisierbaren nationalen eHealth-Strategie. Eine solche fehlt zurzeit leider noch. Die Voraussetzungen für ein funktionierendes EPD sind damit nicht gegeben. Eine praktische Umsetzung erwarten wir angesichts dessen nicht vor den nächsten 10 bis 15 Jahren.

Problematisch ist zudem, dass mit dem EPDG vieles auf Umwegen und indirekt geregelt werden soll, da das Gesundheitswesen kantonal organisiert ist und bisher eine eigentliche nationale Gesundheitsstrategie fehlt. Eine Gesetzgebung zu einem EPD müsste sinnvollerweise auf einem eHealth-Gesetz basieren und dieses wiederum auf einer nationalen Gesundheitsstrategie. E-Health und eine nationale Gesundheitsstrategie indirekt via EPDG zu definieren, scheint uns der falsche Weg zu sein.

### *Nomenklatur*

Der Begriff „elektronisches Patientendossier“ (EPD) ist unglücklich gewählt und birgt die Gefahr von Verwechslungen resp. Vermischungen zwischen elektronischer Krankengeschichte (eKG) und externem Online Patientendossier (OPD). Obwohl in Artikel 2 die Begriffe definiert werden, ist für Nicht-Fachleute die Nomenklatur unklar, missverständlich und wird vermischt werden. Wir schlagen daher zur besseren Unterscheidung den Begriff *Online Patientendossier (OPD)* vor.

### *Erfahrungen im Ausland*

Viele Länder im Ausland sind uns bezüglich eHealth und elektronischer Dokumentation um Jahre voraus. Gerade staatliche Gesundheitssysteme wie zum Beispiel in Holland oder England haben es viel einfacher, gewisse Direktiven und einheitliche IT-Systeme top down zu „verordnen“. Umso mehr sollten uns die Meldungen über das „Aus“ der Projekte elektronisches Patientendossier sowohl in den Niederlanden<sup>1</sup> wie auch in Grossbritannien<sup>2</sup> aufhorchen lassen. Der niederländische Senat hat im April 2011 das Projekt n-EPR (National Electronic Patient Record) gestoppt. Soeben hat auch das britische Gesundheitsministerium die Notbremse bezüglich Aufbau eines Systems „Elektronisches Patientendossier“ gezogen, nachdem während etwa 10 Jahren 12,5 Mia Pfund (ca. 17 Mia Franken!) offensichtlich vergeblich investiert wurden.

---

<sup>1</sup> Zwaanswijk M. The Dutch n-EPR: Where did it go wrong? NIVEL (Netherland Institut for Health Services Research, Utrecht) Präsentation anlässlich Wonca Kongress Warschau vom 26.8.2011

<sup>2</sup> Britischer Gesundheitsdienst kippt milliardenschweres IT-Projekt; Heise online.mobi/newsticker vom 23.9.2011 14:35

Da die Schweiz und eHealthSuisse mit dem geplanten elektronischen Patientendossier exakt den gleichen Weg wie die gescheiterten Länder Holland und England gehen wollen, fordern wir einen Zwischenstopp. Stattdessen gilt es, von den Erfahrungen und Fehlern dieser Länder zu lernen und zu profitieren. Andernfalls wird auch das EPD/OPD in der Schweiz scheitern.

### ***Falsche Hoffnungen in eHealth und das EPD/OPD***

*Unrealistisches Sparpotential:* Ursprünglich wurden in eHealth grosse Hoffnungen und leider unrealistische Erwartungen gesetzt. Auch im erläuternden Bericht zum EPDG wird ein wesentliches Sparpotential durch die Optimierung der medizinischen und administrativen Prozesse erwartet. Dies erachten wir als falsch. Gerade die aktuellen Erfahrungen im Ausland zeigen, dass wegen der Komplexität der Materie eher zusätzliche Probleme entstehen und die Kosten entsprechend explodieren. Trotz Investitionen in Milliardenhöhe ist das EPD/OPD in England gescheitert. Kosten können also mit Sicherheit keine gespart werden - auch in anderen Informatikbereichen zeigt es sich, dass allfällige Gewinne durch die Informatikkosten selber gleich wieder aufgeessen werden. Die viel zitierte Vermeidung von Doppelspurigkeiten und von Zweituntersuchungen ist eher marginal und steht in keinem Verhältnis zum Aufwand. Effizienzgewinne sind zwar theoretisch denkbar, konnten aber bisher empirisch nicht belegt werden. Im besten Fall ist eine gewisse Qualitätssteigerung bei optimal funktionierenden eHealth-Strukturen zu erwarten.

*Nutzen:* Hauptnutzen eines EPD/OPD ist das sogenannte Patienten-Empowerment (Selbstbestimmung): der Patient soll und kann über seine Daten verfügen. Das Gesundheitswesen insgesamt profitiert nur immateriell. Schlussendlich werden die Kosten höher sein als der materielle Nutzen. Zudem würden allfällige Effizienzgewinne nicht in der Hausarztpraxis anfallen (dort gibt es im Gegenteil erheblichen Mehraufwand), sondern höchstens in der nachgelagerten Behandlungskette.

Für die Hausärztinnen und Hausärzte bedeutet das EPD/OPD massive Mehrkosten und grossen Mehraufwand. Bekanntlich werden rund 90 % der Patientenprobleme praxisintern gelöst, wofür es keine aufbereiteten, transferierbaren Daten braucht. Für die restlichen 10 % der weitergewiesenen Fälle müssen aber trotzdem 100% der Daten aktualisiert und bereitgestellt werden. Wenn jemand davon profitiert, dann wie erwähnt nur die nachgelagerte Behandlungskette.

*Kosten:* Das Beispiel England mit den 17 Milliarden investierten Franken zeigt, in welcher Grössenordnung wir uns bewegen. Auch das im Bericht angeführte regional begrenzte und ebenfalls nicht migrierbare Projekt e-toile stand schon zweimal vor dem finanziellen Kollaps und konnte nur durch einen potenten Sponsor vorläufig gerettet werden. Die im erläuternden Bericht angestellten Kostenschätzungen scheinen uns daher unrealistisch zu sein.

Damit ein EPD/OPD funktionieren kann, sind vorhandene elektronische Daten (eDokumentation) in den Arztpraxen Voraussetzung. Dies aber bedeutet grosse Investitionskosten-

---

Geschäftsstelle / Secrétariat général  
Effingerstrasse 54  
Postfach / Case postale 6052  
3001 Berne BE  
Tél. 031 / 389 92 92  
Fax 031 / 389 92 88

---

Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz  
Association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse  
Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera  
Associazium dals medis da chasa e d'uffants Svizra  
www.hausaerzteschweiz.ch  
gf@hausarzteschweiz.ch

ten. Eine separate und zusätzliche Eingabe von Daten in ein EPD/OPD ist nicht praktikabel. Pro Praxis ist deshalb mit Investitionskosten in der Grössenordnung von 70'000 bis 100'000 Franken zu rechnen. Gemäss OECD-Bericht 2010<sup>3</sup> ist dies aber nur mit einer anreizbasierten staatlichen Anschubfinanzierung möglich. Die im erläuternden Bericht aufgeführten Zertifizierungskosten (Tabelle 3, Seite 60) für eine Einzelpraxis in der Grössenordnung von 9'000 bis 15'000 Franken und jährlich wiederkehrenden Kosten von ca. 8'000 Franken sind illusorisch und können nicht auf die Ärzteschaft überwältigt werden, da kein Gegenwert vorhanden ist. Unter diesen Umständen würde sich kein einziger Arzt zertifizieren lassen.

Diese Kosten müssen also zusätzlich von der öffentlichen Hand übernommen werden. Zudem ist sehr fraglich, ob Ärztinnen und Ärzte den erheblichen Mehraufwand ohne finanzielle Anreize, also ohne entsprechende zusätzliche Entschädigung zu leisten bereit sind.

### ***Falsche Prioritätensetzung***

Die ganze eHealth-Strategie des Bundes und von eHealthSuisse krankt an einer falschen Prioritätensetzung und ist in absehbarer Zeit nicht umsetzbar. Es werden top down theoretische Abläufe und eKommunikationskanäle entworfen, obwohl die dazu notwendigen Voraussetzungen zurzeit fehlen. Die Problematik liegt darin, dass theoretisch auf Grund des technisch Machbaren Strategien entwickelt werden, die in der Praxis nicht umsetzbar sind. Es ist daher notwendig – und die Erfahrungen im Ausland zeigen dies – dass vermehrt die Hausärzte mit Kenntnis der praktischen Realisierbarkeit mit einbezogen werden. Auch der OECD-Bericht 2010 kommt eindeutig zum Schluss, dass ohne den zentralen Einbezug der praktizierenden Ärzte sämtliche eHealth-Projekte zum Scheitern verurteilt sind.

Die Basis jeglicher eHealth-Strategie ist das Vorhandensein von Daten in elektronischer Form. Erst dann können diese Daten über Internet kommuniziert werden. Prioritär und zwingende Voraussetzung ist also die eDokumentation (eKG) in den Arztpraxen und erst sekundär können eKommunikations-Projekte wie zum Beispiel das EPD/OPD als Weiterentwicklung installiert werden! Solange höchstens 20 % der praktizierenden Ärzte elektronisch dokumentieren, wird eine eKommunikation wie mit dem EPD/OPD nicht verlässlich und daher nicht brauchbar sein. Erst ab einer kritischen Masse von über 80 % wird ein EPD/OPD funktionieren.

---

<sup>3</sup> Achieving Efficiency Improvements in the Health Sector through the Implementation of Information and Communication Technologies, Final Report, OECD 2010

## **Problematik eines EPD/OPD**

Damit ein EPD/OPD einen Nutzen bringt, müssen mindestens folgende drei Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Die dort abgelegten Daten müssen verlässlich, vollständig, überblickbar und aktualisiert sein. Dies bedingt einen grossen redaktionellen Aufwand und ist mit 5 Minuten zusätzlichem Arbeitsaufwand pro Konsultation zu veranschlagen.
2. Das Hochladen von Daten in ein EPD/OPD muss einfach und automatisch „ auf Click“ erfolgen können. Eine separate und zusätzliche Eingabe von Daten wird wegen dem zusätzlichen Mehraufwand nie funktionieren.
3. Damit ein EPD/OPD aktuell ist, muss es ein *automatisches Extrakt* = „Abfallprodukt“ = „Slave“ einer stets aktuell bearbeiteten eDokumentation der Arztpraxis = eKG = „Master-Dokumentation“ sein. Alles andere ist praxisuntauglich und würde wegen fehlender Vollständigkeit und fehlender Aktualisierung resp. redaktioneller Bearbeitung unzuverlässig und damit unbrauchbar sein. Ohne laufende, aufwendige redaktionelle Bearbeitung wird sich sonst innert kürzester Zeit ein unüberblickbarer Datenfriedhof ansammeln.

Fazit: Behandlungsrelevante Daten sind permanent aktualisierte und redigierte Daten. Dies kann das EPD/OPD in der geplanten Form nicht erfüllen. Genau an diesen Voraussetzungen sind auch die Projekte in Holland und England gescheitert. Wir verweisen hier auf die ausführlichen Erläuterungen im Artikel „Zehn Killerkriterien für eHealth“ in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 49-2011<sup>4</sup>. Kurz zusammengefasst geht es um folgende Punkte:

1. *Datenaktualität*: Nur aktuelle Daten sind nützliche Daten. Beispiel: Ein provisorischer Spitalaustrittsbericht kann nach einem Tag bereits überholt sein, wenn der nachbehandelnde Hausarzt anlässlich der ersten Nachkontrolle die Medikation wieder anpassen muss.
2. *Datenqualität*: Nur valide Daten sind nützliche Daten. Insbesondere die mangelhafte Datenqualität hat in Holland zum Abbruch des n-EPR geführt. Es fehlen auch Tools zur Validierung der Daten.
3. *Datenquantität*: Nur eine überschaubare, aktualisierte Datenmenge ist verwendbar, entsprechend zum Beispiel einem heute üblichen Überweisungsschreiben (1-2 Seiten) von uns Hausärzten an Spitäler oder Spezialisten. Die unredigierte und unüberblickbare Datenflut hat ebenfalls zum Abbruch des n-EPR geführt.
4. *Komplexität für den Patienten*: Der Patient soll seine Daten im Sinne des Selbstbestimmungsrechtes selber verwalten können. Dazu ist er wegen fehlendem Fachwissen bezüglich Relevanz der Daten schlicht überfordert, trotz umfassender Information.

<sup>4</sup> Bhend H: Zehn Killerkriterien für eHealth, SAeZ-2011;92:49

5. *Vertraulichkeitsstufen*: Im Bericht „Standards und Architektur III“<sup>5</sup> (S.171ff) von eHealthSuisse sind 5 Vertraulichkeitsstufen bei 5 verschiedenen medizinischen Dokumententypen vorgesehen. Dies macht 25 Varianten möglich, die regelmässig und schriftlich (!) vom Patienten autorisiert werden sollten. *Dies ist schlicht nicht praktikabel!* Nach unserer Meinung reicht eine Vertraulichkeitsstufe. Zudem besteht bei zu vielen nicht freigegebenen Daten wieder das Problem der Unvollständigkeit und damit der Unzuverlässigkeit.
6. *Rechtliche Aspekte*: Die rechtlichen Aspekte der Konsequenzen bei Abstützung auf zum Beispiel unvollständige oder nicht aktuelle Daten im EPD/OPD sind ungeklärt. Auch dies war ein Grund für das Scheitern im n-EPR.
7. *Fehlende Standards*: Es fehlen leider zur Zeit anerkannte open Standards für die medizinische eDokumentation. Dies aber ist *zwingende Voraussetzung* für eHealth.
8. *Verfügbarkeit der Daten*: Gemäss „Standards und Architektur III“ von eHealthSuisse sollen die vom Patienten erteilten Zugriffsrechte mit einem Ablaufdatum versehen sein. Dies und die Vertraulichkeitsstufen bedingen einen riesigen administrativen Aufwand und werden dazu führen, dass im entscheidenden Notfall die benötigten Daten unvollständig oder eben gerade nicht verfügbar sein werden.
9. *Kein Mehrwert*: Es muss klar festgehalten werden, dass für die Arztpraxen kein *Mehrwert* entsteht durch ein EPD/OPD. Vielmehr ist mit einem erheblichen Mehraufwand, Haftpflichtfragen und Zusatzkosten zu rechnen. Daher werden wir Hausärzte uns hüten, Daten zu liefern, womit das EPD/OPD sinnlos sein wird.
10. *Fehlende Anreize*: Selbst im erläuternden Bericht zum EPDG wird festgestellt, dass ohne namhafte Anreizsysteme in einer Arztpraxis kein Nettonutzen von einem EPD/OPD entstehen wird. Ohne massive Incentives (Anschubfinanzierung), Lösung der Grundvoraussetzungen für eHealth und *adäquater Entschädigung* für den beträchtlichen Mehraufwand der Dossierpflege (ausserhalb Tarmed!) wird dieses eHealth-Projekt scheitern. Die entsprechenden Kostenschätzungen in den Erläuterungen sind völlig unrealistisch und das notwendige Budget nicht vorgesehen.

### **Grundvoraussetzungen von eHealth**

Zurzeit dokumentieren höchstens 20 % der praktizierenden Ärzte elektronisch, und dies aus gutem Grund: Für die elektronische Dokumentation fehlen verbindliche *open Standards* und eine allgemein anerkannte Architektur zum Aufbau einer elektronischen Krankengeschichte. Dadurch sind die verschiedenen Softwareprodukte untereinander nicht kompatibel und nicht migrierbar. Schon früh hat die Kommission eHealth und Informatik von Hausärzte Schweiz auf diesen Umstand aufmerksam gemacht und eine *Roadmap*<sup>6</sup> und *open Standards* für die elektronischen Krankengeschichten gefordert. Analoge Voraussetzungen haben wir vor einiger Zeit auch für ein EPD/OPD formuliert<sup>7</sup>. Auch die rechtlichen

<sup>5</sup> eHealthSuisse: „Standards und Architektur Empfehlungen III“ vom 8.6.2011. Online unter [www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00146/00148/index.html](http://www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00146/00148/index.html)

<sup>6</sup> Bhend H, Zoller M: Roadmap für eKG für die Hausarztpraxis, SAeZ, 2008; 89: 32, 1361-1363

<sup>7</sup> Bhend H et al: Positionspapier Online Patientendossier, PrimaryCare 2009;9(16): 298-299



Rahmenbedingungen fehlen grösstenteils: laut Datenschützer darf eine Arztpraxis immer noch nicht online sein (Datenschutz, Haftpflichtfragen, Zuständigkeiten etc.). Damit eHealth funktionieren kann, müssen also zuerst gewisse Grundvoraussetzungen erfüllt und die Prioritäten richtig festgelegt werden. Dies bedingt aber eine Umkehr der bisherigen eHealth-Strategie des Bundes. Das bedeutet:

1. Primär müssen die Grundvoraussetzungen für die eDokumentation/eKG gelöst werden:
  - ▶ open Standards
  - ▶ einheitliche Architektur der eKG (BigPicture eKG)
  - ▶ Migrierbarkeit (Austauschbarkeit)
  - ▶ rechtliche Rahmenbedingungen
2. Förderung und Verbreitung der eKG durch Anreizsysteme und adäquate Entschädigung der Dossierpflege.
3. Erst sekundär Erweiterung der eDokumentation/eKG mit EPD/OPD.

All diese Massnahmen müssen – wie auch im OECD-Bericht 2010 gefordert - in enger Zusammenarbeit mit der hauptsächlich betroffenen praktizierenden (Haus-) Ärzteschaft initiiert und umgesetzt werden, andernfalls besteht wie bisher die Gefahr der Praxisuntauglichkeit. „Hausärzte Schweiz“ ist daran, in Zusammenarbeit mit der FMH, den kantonalen Ärztesellschaften und dem Institut für Hausarztmedizin an der Universität Zürich ein Institut für Praxisinformatik (IPI) zu gründen, das als Kompetenzzentrum und Supportzentrum für den Bereich der Praxisinformatik dienen soll. Ein Zusammenarbeit und Unterstützung zwischen Bund und dem IPI wäre dringend notwendig.

### ***Zusammenarbeit mit der praktizierenden (Haus-) Ärzteschaft***

Wie bereits erwähnt, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Bund und der hauptbetroffenen praktizierenden (Haus-) Ärzteschaft unerlässlich. Dafür bietet sich das geplante Institut für Praxisinformatik (IPI)<sup>8</sup> an, da dort sowohl die Kenntnisse der alltäglichen Praxisabläufe als auch das notwendige IT-Know-how zusammenlaufen. Dank der breiten und universitären Abstützung - und idealerweise einer Mitbeteiligung des Bundes - kann auch die notwendige Verbindlichkeit und der Druck auf die Software-Industrie ausgeübt werden. Zusammen mit den Partnern FMH<sup>9</sup>, KKA<sup>10</sup> und IHAM-Z<sup>11</sup> will Hausärzte Schweiz mit dem IPI ein eigentliches Kompetenzzentrum für IT<sup>12</sup> und die elektronische Krankengeschichte (eKG) aufbauen und den praktizierenden Ärzten Support, neutrale Beratung und Dienstleistungen anbieten. Wir möchten Ihnen deshalb beliebt machen, die wichtigen Grundlagen, die im Rahmen der IPI-Vorbereitungsarbeiten geleistet werden, auch bei Ihren Arbeiten im Rahmen von eHealth und des EPDG einzubeziehen.

<sup>8</sup> Schilling G, Bhend H: IPI-wir übernehmen den IT-Lead und bieten Unterstützung. PrimaryCare 2011;11: Nr.23, 413-414

<sup>9</sup> FMH: Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte

<sup>10</sup> KKA: Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften

<sup>11</sup> IHAM-Z: Institut für Hausarztmedizin Universität Zürich

<sup>12</sup> IT: (elektronische) Informations-Technologie

## Zusammenfassung und Fazit

Wir fassen unsere Haltung zum Entwurf für ein EPDG noch einmal zusammen:

- Unter den heutigen Rahmenbedingungen wird das EPD/OPD nicht funktionieren; die eHealth Prioritäten des Bundes müssen deshalb geändert werden.
- Die praktizierende (Haus-) Ärzteschaft muss verstärkt und zentral involviert werden, um praxistaugliche Lösungen zu finden.
- Prioritär sind die Grundvoraussetzungen für die eDokumentation (open Standards, BigPicture-Architektur eKG, Migrierbarkeit) zu lösen.
- Es ist wünschenswert, dass der Bund mit dem geplanten Institut für Praxisinformatik (IPI) zusammenarbeitet und dieses unterstützt.
- Parallel dazu muss die Verbreitung der eDokumentation gezielt mit einem Anreizsystem gefördert werden.
- Erst in einem zweiten Schritt kann dann die eKommunikation mit EPD/OPD umgesetzt werden.
- eHealth hat Potential, wenn die Konzepte und Lösungen bottom up und entlang der Behandlungskette entwickelt werden.
- Lösungen ohne unmittelbaren Mehrwert für die direkt Involvierten werden nicht überlebensfähig sein.
- Das Übergewicht der Lösungsanbieter und das Fehlen der Ärzteschaft als Direktbetroffene in den Gremien führte dazu, dass sich die vorgeschlagenen Konzepte mehr an den Tools als an den Prozessen orientieren.
- Ohne kritische Masse von Teilnehmern und ohne validierte Daten werden die eHealth-Ideen und vorab das (Online-) Patientendossier nicht zum Tragen kommen.
- Vor einer weiteren Ausdifferenzierung der eHealth-Konzepte muss die breitflächige elektronische Dokumentation in den Arztpraxen angestrebt werden. Wir sind seit Jahren daran, dies unsererseits tatkräftig voranzutreiben.
- Um valide d.h. austauschbare Daten zu haben muss die Unterstützung durch die Softwaretools der Praxen (elektronische Krankengeschichte) massiv verbessert werden (Validitätschecks).
- Die skizzierten eHealth-Anwendungen und insbesondere das (Online-) Patientendossier sind neue Möglichkeiten und verursachen entsprechend zusätzliche Kosten. E-Health wird keine Kosten sparen, sondern allenfalls etwas umlagern.
- Ohne direkte und tarmedunabhängige Anreize wird keine kritische Masse von elektronisch dokumentierenden Arztkollegen zu erreichen sein. Die Umstellungskosten auf elektronische Dokumentation sind mit 70'000 bis 100'000 Franken pro Arzt zu veranschlagen.
- Die fehlende Migrierbarkeit der Systeme hindert viele Arztkollegen daran, in die elektronische Dokumentation zu investieren. Die Gefahr, auf das falsche Pferd gesetzt zu haben, ist ohne standardisierte Datenexportmöglichkeit zu gross.

Aus all diesen Gründen können wir den vorgelegten Entwurf für ein EPDG nicht unterstützen. Unsere Bedenken sind grundsätzlicher Art, so dass wir darauf verzichten, auf die einzelnen vorgeschlagenen Artikel im Detail einzugehen. Wir sind aber jederzeit gerne bereit, bei der Suche nach zukunftsweisenden und realisierbaren Lösungen konstruktiv mitzuar-

Geschäftsstelle / Secrétariat général  
Effingerstrasse 54  
Postfach / Case postale 6052  
3001 Berne BE  
Tél. 031 / 389 92 92  
Fax 031 / 389 92 88

**Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz**  
**Association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse**  
**Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera**  
**Associazium dals medis da chasa e d'uffants Svizra**  
www.hausaerzteschweiz.ch  
gf@hausarzteschweiz.ch



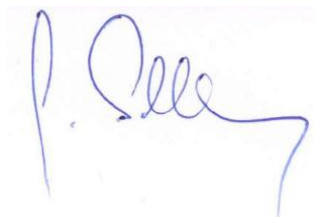
beiten. In diesem Sinne erlauben wir uns, in den nächsten Tagen mit den entsprechenden Stellen in Ihrem Bundesamt Kontakt aufzunehmen und für ein Treffen anzufragen. Wir würden uns freuen, die Arbeiten des Bundes an einer tragfähigen und nachhaltigen EPD/OPD-Zukunft unterstützen zu dürfen.

Wir bitten Sie, den von uns eingebrachten Punkten Rechnung zu tragen. Für die Gelegenheit zur Stellungnahme möchten wir uns noch einmal herzlich bedanken. Für weitere Auskünfte oder zusätzliche Erklärungen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

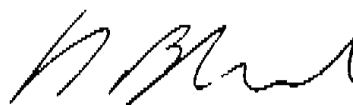
Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Marc Müller  
Präsident „Hausärzte Schweiz“



Dr. med. Gerhard Schilling  
Vorstandsmitglied, Ressort eHealth-Informatik



Dr. med. Heinz Bhend  
Fachl. Leiter Kommission eHealth-Informatik