

Herrn
Stefan Spycher
Vizedirektor
Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

JW/HPK

Bern, 13. Mai 2011

Informelle Anhörung zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über ein elektronisches Patientendossier

Sehr geehrter Herr Spycher

Die FMH bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über ein elektronisches Patientendossier.

Allgemeine Bemerkungen

Positiv aus Sicht der FMH ist die Konzentration des Entwurfs auf das Wesentliche, es ist im Prinzip ein schlankes Gesetz.

Negativ fällt aus Sicht der FMH insbesondere auf: Die durch die Evidenz nicht belegte Vorstellung der Effizienzsteigerung, die Aufweichung der Freiwilligkeit auf Leistungserbringerseite, unpraktikable Einwilligungsvoraussetzungen, insbesondere aber der vorgesehene Einsatz der Versichertenkarte und der AHV-Nummer. Ausserdem fehlen jegliche Anreize, um der gewünschten Entwicklung Richtung ePatientendossier Vorschub zu verleihen, dies obwohl die Erfahrungen im Ausland zeigen, dass ohne wesentliche finanzielle Förderung kein Projekt Verbreitung findet.

Falls der Gesetzgeber die AHV-Nummer für das ePatientendossier vorsieht und/oder die Versichertenkarte als Trägermedium, würde die FMH zumindest denjenigen Patienten grundsätzlich von der Erstellung eines ePatientendossiers abraten, die in ihrem Leben noch eine neue Stelle suchen, sich selbstständig machen und oder neue Versicherungen abschliessen müssen.

Die Gesetzgebung sollte gerade in diesem dem schnellen technologischen Wandel unterworfenen Gebiet auf die Festlegung von Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Prozessen fokussieren, und nicht auf inhaltliche Festlegungen. So ist beispielsweise die Festlegung der Versichertenkarte als Trägermedium ein Fehler: Es geht nicht um die Festlegung des Mediums, sondern um die Festlegung der Anforderungen an ein solches Medium. Dieses muss sich weiterentwickeln können. Es ist davon auszugehen, dass im Zeitraum bis zur Verabschiedung des Gesetzes ein solches Medium schon wieder veraltet ist. Auch hat man gerade bei der Versichertenkarte den Fehler gemacht, das Medium resp. technische Details festzulegen, und Anforderungen, Prozesse, organisatorische Rahmenbedingungen, Verantwortlichkeiten ausser Acht zu lassen. Als Ergebnis stehen wir heute mit einer Versichertenkarte da, die selbst den Versicherern nichts nutzt. Die FMH schlägt vor, aus den Fehlern der Vergangenheit zu lernen.

Zu den einzelnen in Anhörung gegebenen Artikeln

Zweck und Gegenstand (Fassung vom 11. April 2011)

1 Dieses Gesetz soll einen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit, der Qualität der Behandlungsprozesse sowie der Effizienz des Gesundheitssystems leisten.

2 Es regelt die Rahmenbedingungen für die Einführung und Verwendung eines elektronischen Patientendossiers, insbesondere:

- a. die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für den Datenaustausch und das Zugangportal;
- b. die Voraussetzungen für die Bereitstellung und den Abruf von Daten durch Berechtigte;
- c. die Massnahmen zur Förderung und Koordination einer flächendeckenden Einführung.

Absatz 1: „Effizienz des Gesundheitssystems“: Die jüngere Literatur bestätigt, dass der Nutzen von eHealth überwiegend auf lokale Verbesserungen beschränkt bleibt. Die FMH findet es nicht korrekt, wider besseres Wissen den Eindruck zu erwecken, dass Effizienzgewinne oder gar Kostensenkungen im Gesundheitswesen erzielt werden könnten. Im Übrigen besteht ein Konfliktpotential zwischen Effizienz und Sicherheit/Qualität: zu hoher Druck in Richtung Effizienzsteigerungen wirkt sich nicht nur bei eHealth negativ auf die Patientensicherheit aus.

Absatz 2 lit. a: Der Begriff Datenaustausch kann hier zu Missverständnissen führen (Punkt-zu-Punkt-Verbindungen statt Bibliotheksgedanke). Ebenso erweckt „das Zugangportal“ den Eindruck, es sei zwingend nur eines zu schaffen, und ist als Begriff zu einschränkend für die Zugangsmöglichkeiten für Patienten.

Vorschlag: Integration der lit. a in die lit. b.

Begriffe (Fassung vom 11. April 2011) In diesem Gesetz gelten als:

- a. *elektronisches Patientendossier*: virtuelles Dossier, über welches Berechtigten dezentral abgelegte behandlungsrelevante Daten von Patientinnen und Patienten in einem Abrufverfahren zugänglich gemacht werden können;
- b. *Berechtigte*: Personen, welche gemäss Artikel 5 auf das elektronische Patientendossier zugreifen dürfen;
- c. *Behandelnde*: anerkannte Gesundheitsfachpersonen, die Untersuchungen, Behandlungen oder Präventionsmassnahmen durchführen oder in diesem Zusammenhang Produkte abgeben;
- d. *Notfallzugriff*: gerechtfertigter Zugriff eines Behandelnden ohne ausdrückliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten;

e. *Gemeinschaft*: privatrechtlich organisierte Einheit von Behandelnden und deren Einrichtungen, die behandlungsrelevante Daten im elektronischen Patientendossier zum Abruf bereitstellen;

f. *Zugangsportale*: Zugriffsmöglichkeit der Patientin oder des Patienten auf das elektronische Patientendossier

g. *Nationaler Kontaktpunkt*: Einrichtung, welche die technischen sowie organisatorischen Voraussetzungen für den grenzüberschreitenden Datenaustausch sicherstellt.

a: Vorschlag: virtuelles Dossier, d.h. behandlungsrelevante Patientendaten werden verteilt/dezentral abgelegt und können in einem Abrufverfahren Berechtigten zugänglich gemacht werden.

d: „gerechtfertigter“ streichen: Es kann Meinungsverschiedenheiten darüber geben, wann eine Situation einen Notfallzugriff rechtfertigt. Der Gesetzestext sollte dies nicht über-tünchen. „in Notfallsituationen ergänzen“ - es geht um den Zugriff nur in solchen Situa-tionen, der Notfallzugriff darf keinesfalls ausserhalb von Notfallsituationen verwendet werden.

e: „privatrechtlich“ streichen (allenfalls ersetzen durch „zertifizierte“): Auch ein einzelnes öffentliches Spital oder Netze öffentlicher Spitäler als öffentlich-rechtliche Organi-sation können eine Gemeinschaft im Sinn dieses Gesetzes sein.

Zu regeln sind allenfalls noch die folgenden Begriffe (s.u.): Normen, Standards, techni-sche Leitfäden.

Einwilligung (Fassung vom 11. April 2011)

1 Für die Erstellung eines elektronischen Patientendossiers und die Bereitstellung und den Abruf von Daten sind ausdrückliche Einwilligungen der Patientin oder des Patienten notwendig. Diese sind soweit gültig, als sie nach angemessener Information über die Art und Weise der Datenbearbeitungen erfolgen. Der Bundes-rat regelt die Einzelheiten.

2 Die Einwilligung ist jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufbar.

3 Patientinnen und Patienten können von Dritten nicht zur Offenlegung von Daten verpflichtet werden, die über das elektronische Patientendossier abrufbar sind.

4 Im Notfall können Behandelnde ohne Einwilligung der Patientin oder des Patienten auf das elektronische Patientendossier zugreifen. Patientinnen und Patienten müssen über solche Zugriffe informiert werden.

Zum Artikel: Weshalb ist die *doppelte* Freiwilligkeit nicht dargestellt? Das erweckt Miss-trauen. Aus Sicht der FMH ist zentral, dass die doppelte Freiwilligkeit erhalten bleibt, also die Freiwilligkeit auch für Behandelnde. Zu Recht hielt der Bericht der Expertengrup-pe eHealth im August 2011 fest:

„Für die Akzeptanz und den Erfolg des ePatientendossiers ist es wesentlich, dass sich „eHealth-Anwendungen“ ohne rechtlichen Zwang entwickeln.“

Entscheidend ist tatsächlich der

„individuelle Mehrwert der Nutzung eines ePatientendossiers“ für Patienten und Behandelnde.“

Richtig und wichtig war die Passage (auf S. 27):

„Das Grundprinzip der „doppelten Freiwilligkeit“ lässt dem Patienten zwar die Wahl, ob er am System teilnehmen will oder nicht. Er ist auch jederzeit frei, das System wieder zu verlassen. Wenn er sich aber zur Teilnahme entscheidet, hat er Anspruch auf ein funktionierendes, geschütztes und sicheres System. Daher braucht es materielle Datenschutzregelungen in der zu erlassenden Spezialgesetzge-bung. Dies auch im Hinblick auf einen möglicherweise entstehenden faktischen Zwang zur Teilnahme, der entstehen dürfte, sobald sich das System in der Praxis bewährt. ...“

Der Nutzen des ePatientendossiers fällt nicht primär beim Leistungserbringer an, sondern vor allem beim Patienten bzw. den Kostenträgern (Versicherer und Kantone); die Kosten

hingegen fallen vor allem beim Leistungserbringer an.¹ Die Einführung vor Ort kann deshalb nicht von der Finanzierung getrennt werden. Aus Sicht der FMH kann das ePatientendossier die Möglichkeit vorsehen, dass die Kantone den von ihnen wesentlich mitfinanzierten Spitälern die grundsätzliche Teilnahme am ePatientendossier (also die Schaffung der technischen Voraussetzungen) vorschreiben. Denkbar ist auch, dass sich Managed Care Netze von Leistungserbringern innerhalb des Netzes für das Tool ePatientendossier entscheiden. Doch beides soll und darf *nicht* im ePatientendossiergesetz festgeschrieben werden.

Zentral ist schliesslich auch das Recht des Behandelnden, im Einzelfall eine Information nicht im ePatientendossier ablegen zu müssen (so wie fortschrittliche Prozessgesetze auch den vom Patientengeheimnis entbundenen Arzt nicht zur Aussage verpflichteten).

Die auf Dauer garantierte doppelte Freiwilligkeit ist für den Erfolg von eHealth entscheidend. Der Patient kann sich nur dann vorbehaltlos dem Arzt anvertrauen, wenn er sicher sein kann, dass die Informationen nicht in falsche Hände gelangen. Dies ist im Strafrecht seit langer Zeit klar und unbestritten: « Die Inhaber der hier genannten Berufe können die ihnen obliegende Aufgabe nur dann optimal erfüllen, wenn ihre Klientel keine Bedenken haben muss, sich ihnen rückhaltlos anzuvertrauen.». Dieses Vertrauen kann man nicht erzwingen und auch nicht (z.B. mit Prämienrabatten oder tieferen Selbstbehalten) erkaufen.

Zu Abs. 1: „Für die Erstellung eines elektronischen Patientendossiers *und* die Bereitstellung und den Abruf von Daten sind ausdrückliche Einwilligungen der Patientin oder des Patienten notwendig“. Am letzten Hearing der Expertengruppe haben verschiedene Seiten unseres Erachtens zu Recht darauf hingewiesen, dass klar unterschieden werden soll zwischen der Erstellung eines ePatientendossiers einerseits und der Bereitstellung und dem Abruf von Daten andererseits: Ein ePatientendossier soll nur erstellt werden, wenn der Patient ausdrücklich einwilligt. Nach Vorliegen dieser Grundsatzeinwilligung ist es nicht nötig und auch nicht praktikabel, im Gesetz auch für jede Bereitstellung und jeden Abruf von Daten eine ausdrückliche Einwilligung zu verlangen. Sinnvoll ist es, die Regeln von Art. 321 StGB zu übernehmen, damit alle Beteiligten (Patienten und Behandelnde) nur ein Regelset kennen und anwenden müssen: Die Entbindung vom Patientengeheimnis ist auch stillschweigend und sogar mutmasslich möglich. Die behandelnde Person darf und muss abschätzen, wo sie nachfragen muss und wo sie mit stillschweigender oder mutmasslicher Einwilligung arbeiten kann. Es erscheint sachgerecht, das ePatientendossier rechtlich in die Nähe zu den Informationen zu rücken, die Behandelnde unter einander austauschen. Neuere kantonale Gesetze beschreiben den nötigen Informationsfluss auf Basis der vermuteten Einwilligung zum Teil explizit, siehe zum Beispiel das Zürcher Patientinnen- und Patientengesetz vom 5. April 2004 (813.13):

Informationen an Dritte

§ 15. 1 Informationen an Dritte über Patientinnen und Patienten dürfen nur mit deren Einverständnis erteilt werden.

2 Das Einverständnis für Informationen über den Gesundheitszustand an die gesetzliche Vertretung, die Bezugspersonen sowie die vorbehandelnde Ärztin oder den vorbehandelnden Arzt wird vermutet, ausser die Patientin oder der Patient äussert sich dagegen.

[...]

Vor- und Nachbehandlung

¹ Die FMH verweist auf ihre Stellungnahme zur Regulierungsfolgenabschätzung und die nachfolgende Diskussion am Workshop.

§ 16. Vor- und nachbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie in geeigneter Weise auch andere weiterbehandelnde Personen werden über den Gesundheitszustand und die weiteren erforderlichen Massnahmen rechtzeitig orientiert, es sei denn, die Patientin oder der Patient spreche sich dagegen aus.

Vgl. auch den Leitfaden SAMW-FMH 2008, Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag, Ein Leitfaden für die Praxis, S. 95: Es ist richtig, die Frage des Informationsaustauschs unter Behandelnden explizit zu machen, soweit dies praktikabel ist; daraus soll aber keine Rechtsregel gemacht werden, die offene Formulierung wie z.B. in Zürich ist richtig.

6.5 Berichte an mitbehandelnde Ärzte

Das Patientengeheimnis gilt auch unter Ärzten wie auch gegenüber Angehörigen von anderen Gesundheitsberufen. Eine Ärztin darf einem andern Arzt Angaben über eine Patientin nur weitergeben, wenn diese damit einverstanden ist. Zudem dürfen nur jene Informationen weitergegeben werden, die nötig sind. Zwar gelten auch hier rechtlich die ausdrückliche, die stillschweigende und auch die bloss mutmassliche Einwilligung der Patientin. Doch es ist sinnvoll, die Patientin ausdrücklich über die Abläufe zu informieren. Was für den Arzt selbstverständlich ist, ist es nicht für alle Patienten.

Der Hinweis «Ich melde Sie bei Dr. X zur Untersuchung an und schreibe ihr, was wir wissen und was wir von ihr erfahren möchten», benötigt nur wenig Gesprächszeit und kann verhindern, dass sich der Patient überrumpelt fühlt. Auch beim Spitalaustritt sollte eine Mitteilung erfolgen, im Sinne von: «Wir senden einen Bericht über die Spitalbehandlung und das weitere Vorgehen an die Ärzte X, Y und Z; ist das in Ordnung für Sie?».

Im Spital darf man von der mutmasslichen Einwilligung des Patienten ausgehen, dass die an der Behandlung beteiligten Personen einander jene Patientendaten mitteilen dürfen und sollen, die für die sichere Behandlung nötig sind.

Absatz 3 (Datenmissbrauch durch Dritte) ist sehr wichtig und muss auch in den Strafbestimmungen abgesichert werden.

Berechtigungskonzept (Skizze vom 11. April 2011)

1 Der Bundesrat regelt die Anforderungen an das für den Datenaustausch zwischen Gemeinschaften gültige Berechtigungskonzept und legt das Rollenkonzept fest. Er schafft damit insbesondere die Voraussetzungen, dass die Patientin oder der Patient:

a. seine Daten je nach Vertraulichkeit kennzeichnen kann;

b. über die Möglichkeit verfügt, über Ein- und Ausschlusslisten direkt beliebigen Personen den Zugriff zu ermöglichen oder zu verwehren.

2 Alle Zugriffe auf das elektronische Patientendossier sind automatisch zu protokollieren.

Abs. 1: Die Formulierung erscheint uns zutreffend. Es sollte eine lit. c. ergänzt werden: „den Notfallzugriff unterbinden kann;“ .

Falsch bzw. mindestens sehr missverständlich ist hingegen der Kommentar (*Die Zugriffsberechtigungen innerhalb einer Gemeinschaft sind durch diese selbst festzulegen.*) Richtig ist, dass die Gemeinschaft selbst die Zugriffsberechtigung für die intern geführten Krankengeschichten regeln kann und muss. Doch was den Zugriff auf das – externe – ePatientendossier angeht, müssen die Gemeinschaften sicherstellen, dass die Regeln von Rollen- und Berechtigungskonzept eingehalten werden (d.h. es kann nicht sein, dass von einem Spital aus auch Pflege und Sekretariate wie ein behandelnder Arzt auf das ePatientendossier zugreifen können).

Zertifizierung (Fassung vom 11. April 2011)¹ Für einen sicheren Datenaustausch zwischen Gemeinschaften müssen sich namentlich zertifizieren lassen:

- a. Gemeinschaften;
- b. Betreiber eines Zugangsportals;
- c. Herausgeber von elektronischen Identitätsnachweisen für Patientinnen und Patienten sowie Behandelnde;
- d. Anbieter von Infrastrukturdiensten und Intermediäre.

² Der Bundesrat regelt das Zertifizierungsverfahren. Er bestimmt insbesondere:

- a. die Gültigkeitsdauer der Zertifizierung;
- b. die Voraussetzungen für eine Erneuerung oder einen Entzug der Zertifizierung.

³ Er legt, unter Berücksichtigung der entsprechenden internationalen Normen sowie dem aktuellen Stand der Technik, die Anforderungen für eine Zertifizierung fest. Er regelt:

- a. die anzuwendenden Normen und technischen Leitfäden;
- b. die Anforderungen an die Datensicherheit;
- c. weitere für die Zertifizierung relevante Anforderungen.

⁴ Der Bundesrat kann das zuständige Bundesamt ermächtigen, die Anforderungen nach Absatz 3 nachzuführen und dem Stand der Technik anzupassen.

Die Überschrift lautet „Zertifizierung und Akkreditierung“. Im in Anhörung gegebenen Gesetzestext kommt die Akkreditierung nicht vor. Wir weisen der guten Ordnung halber darauf hin, dass Akkreditierung im akademischen Umfeld in der Schweiz wie im Ausland anders besetzt ist (die Institution wird akkreditiert und nicht zertifiziert). Und wir weisen der guten Ordnung halber auch darauf hin, dass das THG Zertifizierung und nachträgliche Marktaufsicht bei Dienstleistungen nicht koordiniert².

Der Entzug bzw. die Nichterneuerung einer Zertifizierung darf in keinem Fall [ausser allenfalls im Rahmen von Art. 39 KVG für Spitäler] dazu führen, dass die Leistungen des Leistungserbringers nicht mehr als Pflichtleistungen gelten oder gar die Berufsausübungsbewilligung entzogen würde. Es darf nicht sein, dass technischer Overkill alles lähmt, dass eine Arztpraxis z.B. aus finanziellen Gründen oder mangels Nachfrage von einer Zertifizierung Abstand nimmt / aus dem System aussteigt, und dies Auswirkungen auf die Leistungspflicht hat. Dies ist zu unterscheiden von den Strafbestimmungen unterliegendem missbräuchlichen Verhalten.

Es empfiehlt sich auch, die Anforderungen allenfalls differenziert vorzusehen für Zugriff auf Daten, Zugriff und Bereitstellung von Daten, sowie eine Stammgemeinschaft. (Es kann Sinn machen, dass ein Arzt nur zugreift, aber nicht auch Daten ins ePatientendossier einfügt, wenn er dafür keine Routine hat – gerade unter Effizienzaspekten kann hier eine Arbeitsteilung sinnvoll sein).

Abs. 3 lit a.

Der Bund soll Normen erlassen und allenfalls festlegen, welche Standards gelten sollen. Er soll Anforderungen an die Technik festlegen, sich aber heraushalten aus der Technik selbst, insbesondere keine technischen Leitfäden erlassen. Vorschlag: er legt die anzuwendenden Normen, Standards und technischen Leitfäden fest.

² Vgl. Art. 19 Abs. 3 THG: Art. 19 Befugnisse der Kontrollorgane
[...] „3 In schwerwiegenden Fällen kann das zuständige Bundesamt das weitere Anbieten, Inverkehrbringen oder Inbetriebnehmen verbieten oder den Rückruf von in Verkehr gebrachten oder in Betrieb genommenen *Produkten* anordnen.“

Es fehlt die Koordination im Zusammenhang mit Dienstleistungen.

Elektronische Identität der Patientinnen und Patienten (Fassung vom 11. April 2011)

¹ Für den Zugang zum elektronischen Patientendossier bedarf es einer elektronischen Identität.

² Träger der elektronischen Identität ist die Versichertenkarte nach Artikel 42a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung.

³ Die Versichertennummer nach Artikel 50c des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterbliebenenversicherung kann als Merkmal für die Patientenidentifikation verwendet werden.

Zu Abs. 2: Es kann nicht sein, dass die Versichertenkarte der Träger der elektronischen Identität für Patienten ist. Noch weniger kann in Frage kommen, dass sie wie im Gesetzestext vorgeschlagen der einzige Träger der elektronischen Identität für Patienten ist. Die Identität der Patienten kann und darf nicht in der Hand des Krankenversicherers sein. Hier gibt es auch nichts hinterher zu evaluieren. Patient sein und Versicherter sein ist nicht dasselbe. Die sichere Authentifizierung eines Patienten hat nichts mit seiner Zugehörigkeit zu Versicherungen zu tun. Die bisherige Leidensgeschichte des Projekts Versichertenkarte zeigt, dass eine völlig von der Krankenversicherung getrennte Patientenauthentifizierung gefördert werden sollte. Durch diese konsequente Trennung können viele Fallstricke und eigentliche Pannen vermieden werden. So kann und darf es nicht sein, dass ein Mittel zur Authentifizierung von Patienten „im Eigentum“ eines Versicherers ist, oder dass seine Geltungsdauer nicht von Sicherheitsüberlegungen, sondern von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kasse abhängt.

Zu Abs. 3: Der Absatz hat den Vorzug realistisch zu sein: Wenn man die AHV-Nummer als Merkmal zur Patientenidentifikation verwenden darf, wird man dies überall tun. Damit wird allerdings die Revision von 2005 ad absurdum geführt. Damals hatte der Bundesrat geschrieben: *„Der Einsatz der heutigen AHV-Nummer ist gesetzlich nicht eingeschränkt und hat sich im Laufe der Zeit weit verbreitet. Diese Situation entspricht nicht den heutigen Bedürfnissen des Datenschutzes.“*³

Es ist und bleibt ein kapitaler Fehler, die AHV-Nummer für das Gesundheitswesen zu missbrauchen. Dass dieser Sündenfall erstmals bei der Versichertenkarte geschah, ist kein Grund dafür, durch den Einsatz der AHV-Nummer im ePatientendossier den Schaden zu vergrössern und zu perpetuieren. Auch eine allfällige Qualitätserhöhung bei der Zuordnung rechtfertigt diesen grundsätzlichen Fehler nicht.

Dazu kommt, dass der Einsatz der AHV-Nummer Behandelnde in falsche Sicherheit wiegen kann. Für die Zuteilung einer neuen AHV-Nummer wurde und wird eine statistisch kleine Fehlerquote in Kauf genommen, die für administrative Zwecke vertretbar ist, aber in der Medizin grossen Gesundheitsschaden verursachen kann. Ausserdem ist nach dem internationalen Stand des Wissens klar, dass falsche Zuordnung viel schwerwiegender sind, als wenn Unterlagen nicht zugänglich sind.

Die Lösung ist nicht durchdacht und Alternativen wurden nicht geprüft. Aus Sicht der FMH ist wichtig, die kommende Zeit zu nutzen, hier sinnvolle Lösungen zu erarbeiten. Noch ist es nicht zu spät, die Weichen für die Zukunft richtig zu stellen.

³ 05.079, Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (Neue AHV-Versichertennummer) vom 23. November 2005

Identitätsnachweis für die Behandelnden (Fassung vom 11. April 2011)

¹ Der elektronische Identitätsnachweis für Behandelnde muss eine eindeutige Identifizierung und Authentifizierung ermöglichen.

² Der Herausgeber stellt sicher, dass der elektronische Identitätsnachweis nur an Behandelnde ausgestellt wird, die über eine nach den Vorschriften des Bundes oder der Kantone anerkannte Ausbildung verfügen.

Im Kommentar steht u.a.: „Der Aufbau und das Führen der für die Herausgabe der Identitätsnachweise für Behandelnde notwendigen Register kann aufgrund der geltenden Gesetzgebung nicht Aufgabe des Bundes sein. Dieser hat lediglich den für den Betrieb notwendigen Abfragedienst (Health Professional Index) zu unterhalten.“

Dieser Kommentar ist so kategorisch nicht nachvollziehbar, der Bund führt ja das Med-Reg.

Nationale Zusammenarbeit und Wissenstransfer (Fassung vom 11. April 2011)

¹ Der Bund fördert die nationale Zusammenarbeit und unterstützt den Wissenstransfer sowie den Erfahrungsaustausch.

² Er kann Aufträge zur Ausarbeitung, Ergänzung sowie Aktualisierung und Pflege von Normen und technischen Leitfäden erteilen.

Vgl. vorne: Standard ergänzen: „Normen, Standards und technischen Leitfäden“

Nationales Koordinationsorgan (Fassung vom 11. April 2011)

¹ Der Bundesrat bezeichnet das nationale Koordinationsorgan und sorgt für die finanzielle Abgeltung, der ihm nach diesem Gesetz übertragenen Aufgaben.

² Das Koordinationsorgan erfüllt folgende Aufgaben:

- a. die Koordination der Vorbereitung von Normen und technischen Leitfäden nach Artikel 6 Absatz 3;
- b. die Vorbereitung technischer Anforderungen an Verzeichnisse und Abfragedienste nach Artikel 11;
- c. die Informationstätigkeit nach Artikel 12 Absatz 1;
- d. die nationale Zusammenarbeit und den Wissenstransfer nach Artikel 13.

Das Koordinationsorgan in der heutigen Form ist nicht akzeptabel. Zu sehr gilt das Motto, dass die Akteure arbeiten dürfen, aber dann andere entscheiden, was gelten soll. Hier liegt ein Bruch in den Strukturen vor. Echte Mitwirkung der Akteure tut not, wenn das Projekt gelingen soll. Zur echten Mitwirkung gehört auch der Mitentscheid.

Viel wichtiger als die Beschreibung einzelner Aufgaben wäre, die Rolle des Koordinationsorgans festzulegen. Diese ist auch heute unklar, und das ist nicht gut.

(Insbesondere ist sprachlich unverständlich, was „die Koordination der Vorbereitung von Normen und technischen Leitfäden“ bedeuten soll.)

Der Kommentar führt noch aus: „Die strategische Positionierung von «eHealth» in den gesundheitspolitischen Reformen von Bund und Kantonen wie auch die periodische Überprüfung und Überarbeitung der «Strategie eHealth Schweiz» werden zukünftig in die Zuständigkeit des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik fallen.“

Auch hier besteht ein Malaise: der Dialog Nationale Gesundheitspolitik hat dasselbe Problem, dass die Akteure die Arbeit machen sollen, aber dann andere entscheiden.

Evaluation (Fassung vom 11. April 2011) ¹ Das zuständige Bundesamt sorgt dafür, dass Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Massnahmen nach diesem Gesetz periodisch evaluiert werden.

² Es lässt dabei namentlich überprüfen:

- a. inwieweit sich die Verwendung der Versicherungskarte nach Artikel 42a KVG als Träger der elektronischen Identität bewährt hat;
- b. ob sich die Übertragung von Aufgaben und die Gewährung von Finanzhilfen nach diesem Gesetz bewährt hat.

³ Das zuständige Departement erstattet nach Abschluss der Evaluation dem Bundesrat Bericht über die Resultate und unterbreitet ihm einen Vorschlag für das weitere Vorgehen.

Es ist richtig, dass die Massnahmen des Bundes auf ihre Wirksamkeit überprüft werden (BV 170).

Wie vorne dargestellt, ist es falsch, die Versicherungskarte nach Artikel 42a KVG als Träger der elektronischen Identität einzusetzen; gar nicht in Frage kommen kann, dass sie der einzige Träger sein soll. Deshalb gilt es dazu auch nichts nachträglich zu evaluieren. Im Übrigen ist eine teure nachträgliche Evaluation der Versicherungskarte auch deshalb nicht nötig, weil die Versicherer eh schon bestätigt haben, dass sie die Versicherungskarte für administrative Zwecke nicht benötigen.

Die Evaluation auf die Wirksamkeit der Finanzhilfen zu begrenzen, ginge völlig am verfassungsmässigen Auftrag vorbei, der eine viel breitere Fragestellung verlangt: ist das was der Bund mit diesem Gesetz tut, wirksam?

Die FMH dankt für die Berücksichtigung ihrer Anliegen.

Freundliche Grüsse
FMH



Dr. med. Jacques de Haller
Präsident



Dr. med. Gert Printzen
Mitglied des Zentralvorstandes
Ressortverantwortlicher eHealth