

20. Dezember 2012

**Neues Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
Vernehmlassungsantwort der Evangelischen Volkspartei der Schweiz (EVP)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Herzlichen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme zur eingangs erwähnten Vorlage. Die EVP steht der Vorlage kritisch bis ablehnend gegenüber. Sie nimmt zur Kenntnis, dass elektronische Patientendossiers gewisse Potentiale aufweisen. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass viel Geld investiert wird, ohne dass am Schluss ein Mehrwert entsteht oder die Übung sogar abgebrochen werden muss. Sehr viele Fragen sind zum jetzigen Zeitpunkt nicht geklärt und die Vorlage damit völlig verfrüht. Der EVP sind insbesondere die folgenden Punkte wichtig:

1. Basis unbedingt miteinbeziehen

Wenn es stimmt, dass in den Expertengremien von eHealth-Suisse zwar viele IT-Fachleute, aber kein einziger Hausarzt vertreten ist, ist das allein Grund für einen Marschhalt. Es muss die Einsicht reifen, eine Denkpause bezüglich eHealth-Strategie und elektronischem Patientendossier einzuschalten und endlich auf die Bedürfnisse der Grundversorger einzugehen. Andernfalls ist das Projekt von vornherein zum Scheitern verurteilt. Bei der aktuellen Vorlage kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass sie vor allem aus IT-Perspektive erarbeitet worden ist. Man orientiert sich am technisch Machbaren statt an den vorhandenen Prozessen. Es muss umgekehrt sein!

2. Mehrwert für den einzelnen Arzt muss vorhanden sein

Aktuell ist für den praktizierenden Arzt kein Mehrwert feststellbar, sondern es besteht vielmehr die Gefahr eines massiven Mehraufwandes mit der Möglichkeit von Komplikationen oder unabsehbaren Folgen. Solange für die Arztpraxis aber kein relevanter Mehrwert auszumachen ist, werden kaum Leistungserbringer zur Teilnahme zu bewegen sein. Der Beweis für die in Aussicht gestellte Qualitätsförderung und Effizienzsteigerung dank elektronischem Patientendossier steht noch aus.

3. Zwang ist absehbar

Das elektronische Patientendossier wird erst dann interessant, wenn eine kritische Masse an Leistungserbringern und Patienten daran teilnimmt. Die doppelte Freiwilligkeit (seitens der Patienten und der Leistungserbringer) stellt diesbezüglich eine hohe Hürde dar. Im Grunde genommen können die in Aussicht gestellten Qualitätsverbesserungen und Effizienzgewinne sogar erst dann realisiert werden, wenn sämtliche Leistungserbringer am System teilnehmen (deshalb soll es für die Spitäler ja bereits heute zwingend sein). Das lässt sich nur mit einem Obligatorium erreichen. Es ist damit absehbar, dass über kurz oder lang ein Teilnahmewang eingeführt werden wird. Die freiwillige Einführung eines Systems, welches langfristig nur mit einem Obligatorium funktioniert, taxiert die EVP als unredlich und falsch.

4. Finanzielles Abenteuer

In England und den Niederlanden wurden die Arbeiten für ein ähnliches System nach bereits sehr hohen Entwicklungskosten abgebrochen. Das lässt aufhorchen. Sicher wird keine Kosteneinsparung erfolgen. Bisher hat die IT die prognostizierten Einsparungen noch jedesmal selber „gefressen“. In der ganzen Diskussion um eHealth scheinen die WZW-Kriterien auf der Strecke zu bleiben. Weiter ist noch überhaupt nicht angedacht, wie die parallele Führung von elektronischer Krankengeschichte und Online-Dossier vermieden oder zumindest entschärft werden kann. Es stellt sich die Frage, ob unter diesen Voraussetzungen die angepeilten Effizienzgewinne im Gesundheitswesen realisiert werden können.

5. Zweifel an der Datenqualität

Die Datenqualität im elektronischen Patientendossier wird eine grosse Herausforderung sein. Ein Beispiel: Der Patient ist in Behandlung bei einer zertifizierten Gemeinschaft und lässt sich die aktuelle Medikation ins Dossier schreiben. Später wird er an einen Spezialarzt einer nicht zertifizierten Gemeinschaft überwiesen. Falls dieser die Medikation ändert, ist der Eintrag im elektronischen Patientendossier nicht mehr aktuell. Eine schlechte Datenqualität mindert die Motivation zur Teilnahme zusätzlich.

6. Daten von Dritten

Beispielsweise bei Psychiatriebehandlungen werden regelmässig Daten von Dritten erfasst und bearbeitet. Diese Drittinteressen sind beim Datenaustausch stets zu berücksichtigen. Wie soll mit diesen Daten umgegangen werden? Eine entsprechende Schutzbestimmung fehlt im vorliegenden Entwurf.

7. Ungeklärte rechtliche Aspekte

Die rechtlichen Konsequenzen des Gebrauchs oder Nicht-Gebrauchs der Informationen im elektronischen Patientendossier sind noch nicht geklärt. Was passiert, wenn eine Fachperson einen Entscheid aufgrund einer falschen Information im Dossier fällt? Was geschieht, wenn sie eine vorhandene Information nicht berücksichtigt hat? Diese Problematik war ein Grund für das Scheitern des niederländischen Modells. Sie ist in der Schweiz nicht anders.

8. Einfache Handhabung

Soll sich das elektronische Patientendossier durchsetzen, muss es in der Handhabung

möglichst einfach sein. Zum einen darf es für die Ärzte keinen zusätzlichen administrativen Mehraufwand bedeuten (z.B. durch den Zwang zur parallelen Führung von elektronischer Krankengeschichte und elektronischem Patientendossier). Zum anderen muss die Handhabung auch für die Patienten einfach sein und darf beispielsweise nicht wie vorgeschlagen eine komplizierte Rechtevergabe beinhalten.

9. Sinnvoller Datenschutz

Der Datenschutz muss in allen Behandlungsphasen gewährleistet sein. Es dürfen nur berechnigte Personen Zugriff auf die Patientendaten haben. Sinnvollerweise sind das ausschliesslich die Gesundheitsfachpersonen, welche am aktuellen Behandlungsprozess beteiligt sind sowie die Patienten selber. Ferner müssen die Systeme in hohem Masse gegen ungerechtfertigte Zugriffe (Hacker) geschützt sein – mit entsprechenden Kostenfolgen.

10. Keine Bestimmungen zur Löschung von Daten

Es fehlen Bestimmungen zur Frage, wer unter welchen Umständen Daten löschen darf oder muss. Dabei ist zu beachten, dass diese Daten auf den verschiedenen, geographisch dispersen Datenbanken auch tatsächlich gelöscht werden müssen und nicht nur zur Löschung gekennzeichnet werden dürfen.

11. Keine Abhängigkeit von einzelnen Anbietern

Es darf keine Abhängigkeit von einem einzelnen Software-Anbieter entstehen.

12. Hohe Investitionen

Ein solches System birgt einen enormen Investitionsbedarf bei allen Teilnehmenden. Wer finanziert das? Wie sieht die Kosten-Nutzen-Analyse aus? Weiter muss die Investitionssicherheit jener Ärzte, welche bereits mit einer elektronischen Krankengeschichte arbeiten, absolut gewährleistet sein.

Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 1 Gegenstand

Das Gesetz regelt die in Art. 1 beschriebenen Gegenstände nur teilweise. So bleibt unklar unter welchen Bedingungen Gesundheitsfachpersonen auf das elektronische Patientendossier zugreifen dürfen (sind es alle oder nur jene, bei denen der Patient in Behandlung steht?) und es legt höchstens ansatzweise Massnahmen fest, welche der Förderung der elektronischen Patientendossiers dienen. Abs. 1 Bst. b und Abs. 2 sind zwar zu begrüßen, in der aktuellen Fassung des Gesetzes aber leider unvollständig erfüllt.

1. *Es ist zu regeln, unter welchen Umständen eine Gesundheitsfachperson auf ein elektronisches Patientendossier zugreifen darf.*

Wie wird verhindert, dass Vertrauensärzte der Kassen Dossiers einsehen?

Es wird mehrfach festgehalten, dass mit dem vorliegenden Entwurf keine Grundlage zum Austausch von Patientendaten zwischen Gesundheitsfachpersonen und Sozialversicherungen

geschaffen werde. Umso mehr irritieren die widersprüchlichen Ausführungen auf Seite 45 des erläuternden Berichts, wo erwähnt ist, dass einem Case Manager oder Vertrauensarzt einer Krankenversicherung Zugriff auf das Dossier erteilt werden könne.

Zweitens stellen sich Fragen zum Zugriffssystem: Wie lässt sich damit verhindern, dass z.B. Vertrauensärzte der Kassen Dossiers von Versicherten einsehen und Daten auf Vorrat sammeln? Die Protokollierung der Zugriffe ist dazu nicht ausreichend, denn damit werden solche Unterfangen nicht verhindert, sondern höchstens publik.

1. Die Sozialversicherungen inkl. Krankenkassen und deren Vertrauensärzte sind mit einer konkreten Bestimmung explizit vom Datenaustausch auszunehmen.
2. Die Zugriffsrechte müssen so ausgestaltet sein, dass Vertrauensärzte der Kassen keine Daten von beliebigen Versicherten auf Vorrat sammeln können.

Art. 4 Zugriffsrechte

Ist der Zugriff grundsätzlich für alle offen oder geschlossen?

Entgegen den Bestimmungen in Art. 1 Abs. 1 Bst. b wird im Gesetz nirgends geregelt, unter welchen Umständen Gesundheitsfachpersonen auf das elektronische Dossier zugreifen können. Sind grundsätzlich alle Gesundheitsfachpersonen Zugangsberechtigt oder nur jene, bei welchen der Patient aktuell in Behandlung ist? Für die EVP kommt nur letzteres in Frage.

Überforderung des Patienten aufgrund fehlenden Fachwissens

Der Vorentwurf legt die Verantwortung für die Zugriffsrechte vollständig in die Hände des Patienten / der Patientin. Die abgestufte Rechteverwaltung, wie sie in Art. 4 vorgeschlagen wird, ist jedoch sehr aufwändig und kompliziert. Zudem ist zu erwarten, dass das elektronische Patientendossier vor allem medizinische Fachbegriffe enthalten wird. Wie soll nun der durchschnittliche Patient ohne Fachwissen entscheiden können, welche Daten welche Vertraulichkeitsstufe oder welches Zugriffsrecht erhalten sollen? Was gut gemeint ist, kann den Patienten auch überfordern. Noch ein „Facebook“, dessen Einstellungen zur Privatsphäre überwacht und gegebenenfalls angepasst werden wollen – allerdings mit erheblich sensibleren Daten. Je nach Anbieter werden auch die Standardeinstellungen bloss mehr oder weniger sinnvoll sein. Da hilft auch der Hinweis auf die Freiwilligkeit nicht weiter. Zum Zeitpunkt der Einwilligung nach Art. 3 Abs. 1 können deren Folgen kaum abgeschätzt werden.

Überborden bei den Vertraulichkeitsstufen

Vorgesehen sind 5 Vertraulichkeitsstufen. Auch hier ein klares Indiz, dass man sich am technisch Machbaren statt am Sinnvollen orientiert. 5 Stufen führen zum Overkill, sind nicht praktikabel und unnötig. Medizinische Informationen sind per se vertraulich.

Patient muss das Zugriffsprotokoll einsehen können

Art. 4 Abs. 1 ist mit einem weiteren Buchstaben zu ergänzen, sodass der Patient das Zugriffsprotokoll gemäss Art. 8 Abs. 1 lit. d. jederzeit einsehen kann.

Zugriffsrechte wenn schon anders regeln

Es ist zu prüfen, ob die Zugriffsrechte nicht grundsätzlich anders geregelt werden sollen:

1. Bei der Einwilligung zu einem elektronischen Patientendossier nach Art. 3 Abs. 1 bezeichnet der Patient einen dossierführenden Arzt (oder eine dossierführende Gemeinschaft). Dieser hat grundsätzlich immer Zugriff. Der Patient kann den dossierführenden Arzt wechseln und einen neuen bezeichnen oder aber seine Einwilligung nach Art. 3 widerrufen. Dann wird das elektronische Patientendossier nur noch praxisintern weiterverwendet und niemandem mehr zugänglich gemacht.
2. Ausser dem dossierführenden Arzt und dem Patienten hat grundsätzlich niemand Zugriff. Das ist eine Umkehr des Zugriffsrechts gegenüber der Vorlage. Während die Vorlage davon auszugehen scheint, dass grundsätzlich alle zertifizierten Gemeinschaften auf alle elektronischen Patientendossiers zugreifen können und der Patient nötigenfalls die Rechte einschränken muss, ist es zweckmässiger und sicherer, wenn grundsätzlich niemand Zugriff hat, sondern dieser extra erteilt werden muss.
3. Wird eine Überweisung an eine andere Gesundheitsfachperson notwendig, erteilt der dossierführende Arzt aufgrund einer ausdrücklichen Einwilligung des Patienten die notwendigen Zugriffsrechte (und entlastet den Patienten so von dieser Aufgabe).
4. Der Notfall kann geregelt werden wie vorgeschlagen. Es ist denkbar, dass Gesundheitsfachpersonen im Notfall abweichend von Punkt 2 und 3 Zugriff auf das Dossier haben, sofern der Patient dies nicht ausgeschlossen hat und der Patient über den Zugriff informiert wird.

Zugriffsrechte auch für Gesundheitsfachpersonen klären

Als Mindestmassnahme muss analog zu Art. 4 Abs. 1 ein Absatz geschaffen werden, welcher die Zugriffsrechte der Gesundheitsfachpersonen klärt. Aktuell scheint die Vorlage davon auszugehen, dass grundsätzlich alle zertifizierten Gemeinschaften auf alle elektronischen Patientendossiers zugreifen können. Das kann nicht die Idee sein. Das Gesetz muss Mindestangaben machen, unter welchen Voraussetzungen und Umständen ein Zugriff möglich ist. Als zweckmässig erscheint das Kriterium, dass die zugreifende Gesundheitsfachperson aktuell an der Behandlung der betroffenen Person beteiligt sein muss.

1. Die Zugriffsrechte müssen so ausgestaltet sein, dass grundsätzlich nur jene Gesundheitsfachpersonen Zugriff haben, bei denen der Patient in Behandlung steht.
2. Die Verwaltung der Zugriffsrechte ist zu kompliziert. Sie darf sowohl für den Patienten wie für die Gesundheitsfachperson nur einen minimalsten Mehraufwand bedeuten.
3. Der Patient muss das Zugriffsprotokoll gemäss Art. 8 Abs. 1 Bst. d. jederzeit einsehen können.
4. Analog zu Art. 4 Abs. 1 müssen in einem Absatz die Zugriffsrechte der Gesundheitsfachpersonen geklärt werden (Mindestanforderung).

Art. 11 Technische Komponenten

Die EVP ist bezüglich der in Art. 11 festgelegten Aufgaben des Bundes skeptisch. Gegen Verzeichnisse nach Abs. 1 Bst. a ist nichts einzuwenden, solange diese technisch ohne grossen Aufwand zu führen sind. Hingegen warnt die EVP eindringlich davor, dass sich der Bund neue IT-Aufgaben mit schwer abschätzbaren Kostenfolgen aufbürdet. Das betrifft insbesondere die Objektidentifikatoren nach Abs. 1 Bst. b und die Abfragedienste nach Abs. 2 Bst. a. Es wird aus dem erläuternden Bericht zu wenig sichtbar, weshalb es notwendig ist, dass

diese vom Bund geführt und angeboten werden und nicht beispielsweise von privaten Anbietern. Der nationale Kontaktpunkt nach Art. 11 Abs. 2 Bst. b schliesslich ist in der jetzigen Phase ersatzlos zu streichen. Wenn der Bund den Abgleich von schweizerischen Patientendossiers mit zig verschiedenen Lösungen aus allen möglichen Ländern ermöglichen will, ist unschwer vorauszusehen, dass wahrlich astronomische Ausgaben auf den Bund zukommen werden, gerade weil diese Aufgaben an Dritte ausgelagert werden sollen. Es ist nicht einsichtig, weshalb der grenzüberschreitende Datenaustausch nicht auch über die in Art. 7 Bst. d erwähnten Plattformen erfolgen können soll. Zweitens hat der grenzüberschreitende Datenaustausch momentan keine Priorität. Er kann aufgebaut werden, sobald sich das System in der Schweiz einigermaßen etabliert hat – und ähnliche Systeme auch im Ausland bestehen.

1. *Der nationale Kontaktpunkt nach Art. 11 Abs. 2 Bst. b ist in der jetzigen Phase ersatzlos zu streichen.*

Art. 12 Information

Auf Artikel 12 ist ebenfalls ersatzlos zu verzichten. Es braucht keine gesetzliche Grundlage für eine weitere Plakatkampagne des Bundesamtes für Gesundheit, das in dieser Hinsicht bereits zu den sehr aktiven Bundesämtern zählt. Es ist Sache der betroffenen Gemeinschaften und der Hersteller der Hilfsmittel nach Art. 7 Bst. b – d die Bevölkerung über die Vorzüge ihrer Systeme aufzuklären und dafür Werbung zu machen.

1. *Artikel 12 ist ersatzlos zu streichen.*

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und für Ihre wertvolle Arbeit.

Freundliche Grüsse

EVANGELISCHE VOLKSPARTEI DER SCHWEIZ (EVP)



Parteipräsident
Heiner Studer



Generalsekretär
Joel Blunier