

EINSCHREIBEN

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Multisektorale Projekte
3003 Bern

Zürich, 19. Dezember 2011

Vernehmlassung zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG)

Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen AerzteGesellschaften KKA

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Gelegenheit, zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (*nachfolgend VE-EPDG*) Stellung nehmen zu können. Unsere Stellungnahme bezieht sich vor allem auf Aspekte der Vorlage, welche für die Ärzteschaft von wesentlichem Interesse sind. Indessen erlauben wir uns eingangs den Hinweis, dass wir Zweifel an einer hinreichenden Verfassungsgrundlage des Gesetzes bzw. an der entsprechenden Bundeskompetenz hegen. Wir werden auf diesen Punkt ganz am Schluss zurückkommen und uns zuerst den vorgeschlagenen Regelungen des Gesetzesvorschlages zuwenden.

Ausgangspunkt unserer Überlegungen ist die Feststellung, dass die Ärztinnen und Ärzte in der freien Praxis die Krankengeschichte ihrer Patienten teilweise bereits heute elektronisch erfassen. Mit dem EPFG soll nun ein zusätzliches Instrument geschaffen werden, das vor allem auch im Dienst der Behandlungsqualität steht. Für die Datensammlung von elektronischen Krankengeschichten hat sich in der Praxis der Terminus „elektronische Dokumentation“ bzw. „elektronische Krankengeschichte“ eingebürgert. Damit ist eine terminologische Nähe zur im VE-EPDG vorgesehenen Bezeichnung „elektronisches Patientendossier“ gegeben, aufgrund derer heikle Verwechslungen vorprogrammiert sind. Daher beantragen wir, das elektronische Patientendossier neu und genauer mit „Online-Patienten-Dossier OPD“ zu bezeichnen. In vorliegender Stellungnahme wird das elektronische Patientendossier entsprechend mit OPD abgekürzt bezeichnet.

Anknüpfend an die vorstehenden Ausführungen ist es uns sodann ein wesentliches Anliegen, dass zur Implementierung des OPD unbedingt auf das teilweise schon bestehende System der elektronischen Krankengeschichte aufgebaut werden sollte. Nur mittels der Förderung und Verbreitung der elektronischen Krankengeschichte wird es nämlich möglich sein, Daten von hoher Qualität von der Krankengeschichte – mit möglichst geringem Aufwand - direkt ins OPD einzuspeisen.

I. Allgemeine Bemerkungen

Ziel des OPD soll sein, Gesundheitsfachpersonen zu ermöglichen, auf behandlungsrelevante Daten ihrer Patienten, die von anderen am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen erstellt wurden, zuzugreifen und so einen Beitrag zur Verbesserung der Qualität der Behandlungsprozesse sowie zur Effizienz des Gesundheitssystems zu leisten. Das im Entwurf vorliegende EPDG soll im Sinne eines Rahmengesetzes, die landesweit einheitliche Bereitstellung und den Abruf behandlungsrelevanter Daten regeln.

Nach unserem Verständnis beschränkt sich das Gesetz auf die genannten Aspekte. Demgegenüber ist für uns klar, dass das Gesetz keine Implikationen auf z.B. Haftungsfragen, Fragen der Erfüllung der Berufspflichten gemäss MedBG etc. haben soll. Sofern diesbezüglich nicht ausdrückliche Regelungen getroffen werden, sollte dies zumindest in der Botschaft an das Parlament klargestellt werden.

Generell sind die Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem sowie grundsätzlich jede Massnahme, welche zur „papierlosen Praxis“ beiträgt und die Gesundheitsfachpersonen zum Umstieg auf die elektronischen Medien motiviert, begrüssenswert. Es ist aber fraglich, ob diese Ziele mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf erreicht werden können. Der Entwurf ist kompliziert und bringt für die Betroffenen einen ausserordentlichen finanziellen, administrativen und zeitlichen Aufwand mit sich. Es ist auch absehbar, dass sich viele Patienten bei ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten über die Notwendigkeit und den Nutzen der Erstellung eines e-Dossiers erkundigen werden. Sofern die Ärzteschaft nicht hinter dem Konzept steht, wird das OPD Schwierigkeiten haben, sich landesweit flächendeckend durchzusetzen. Und so wie der Entwurf ausgestaltet ist, ist diese Gefahr ganz erheblich. Da wir indessen die Grundidee des elektronischen Datenaustausches unter Ärztinnen und Ärzten sowie anderen am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen begrüßen, ist es uns im Sinne der Förderung dieses Gedankens ein Anliegen, nachfolgend auf die Schwachstellen des Vorentwurfes aus Ärztesicht hinzuweisen.

Fraglicher Nutzen des OPD für die Ärzteschaft

Ein wesentliches Anliegen des Gesetzesentwurfes ist das sogenannte Patienten-Empowerment, wonach den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit eingeräumt wird, über ihre eigenen Daten selber zu verfügen und so Eigenverantwortung zu übernehmen. Damit ergeben sich indessen potentielle Konflikte mit den zentralen Gesetzesanliegen, nämlich die Verbesserung von Qualität und Effizienz.

Es kommt hinzu, dass in der freien Praxis in der Regel 90% der ambulanten Behandlungen praxisintern abgeschlossen werden können. Sämtliche Daten werden dabei in der selber erstellten Krankengeschichte registriert. Eine Datenbereitstellung im OPD ist daher zumindest unter dieser Perspektive nicht wirklich notwendig, und das Gesetz aktualisiert sich nur in einer eindeutigen Minderheit von Fällen. Allerdings sei nicht

verkannt, dass der Nutzen bei polymorbiden Patientinnen und Patienten, welche zwar eine Minderheit ausmachen, aber einen wesentlichen Teil der Gesundheitsaufwendungen ausmachen, oft gegeben sein kann. Ferner erhalten Ärztinnen und Ärzte auf diese Weise leichter die Austrittsberichte der Spitäler. Gesamthaft dürfte es indessen nicht einfach sein, die Ärzteschaft vom Projekt zu überzeugen, zumal die Einführung und insbesondere auch die Pflege des OPD für die ambulante Arztpraxis klar ein Mehraufwand und weit weniger ein erkennbarer Nutzen darstellt. Auch bei den übrigen 10% der Behandlungsfälle, bei denen eine Nachbehandlung erfolgt, entsteht ein allfälliger Nutzen erst nachgelagert bei der weiteren Behandlung (beispielsweise bei den Spezialärzten). Der Aufwand selber fällt aber primär in den Arztpraxen an, insbesondere bei den Grundversorgern, welche keinerlei Nutzen aus dem OPD ziehen können. Erschwerend kommt hinzu, dass beim OPD keine Entschädigung des Arztes für die Bereitstellung der erforderlichen IT-Systems, der Einspeisung der Daten, die Datenbereinigung und die Datenergänzung vorgesehen ist. Angesichts der Freiwilligkeit eines Mitmachens erscheinen uns daher finanzielle Anreize sinnvoll und zielfördernd, um angesichts des nicht unerheblichen finanziellen und zeitlichen Aufwandes Ärztinnen und Ärzte davon zu überzeugen, sich am Projekt zu beteiligen.

Der Nutzen des OPD für die Ärzteschaft ist mithin zweifelhaft. Unklar bzw. nicht abschätzbar ist auch der Nutzen für das Gesundheitswesen im Allgemeinen, hängt dieser doch stark damit zusammen, ob sich das OPD überhaupt flächendeckend etablieren können wird. Solange die vorliegend beschriebenen Schwachstellen bestehen, ist dies eher fraglich. Wie der Bericht über die Regulierungsfolgenabschätzung prognostiziert, wird der Nutzen des OPD aber so oder so immaterieller Natur sein. Kosteneinsparungen sind keine in Sicht. Einen gewissen Vorteil von OPD liegt in der Vermeidung von Doppelspurigkeiten und der damit verbundenen Möglichkeit, die Effizienz zu steigern. Allerdings sind die Erfahrungen aus dem Ausland – zu denken ist insbesondere an die Debakel in Holland und England – ernüchternd. Potenzielle Effizienzgewinne werden sich ferner angesichts des sehr grossen bürokratischen Aufwands bei der Einführung und Pflege des OPD sowie der Bindung der sonst schon knappen Ressourcen im Medizinalsektor nie materialisieren. Per Saldo wird der Aufwand in zeitlicher, finanzieller und administrativer Hinsicht grösser werden. Ferner kommt es bezüglich der Effizienz und der Qualität auch wesentlich darauf an, ob sich das OPD flächendeckend durchsetzen kann. Wenn nicht, werden die Datenqualität und die Datenaktualität stets in Frage gestellt werden müssen. Das Abstellen der Gesundheitsfachpersonen auf diese Daten wäre dann fahrlässig und könnte die Kommunikation/Rücksprache mit dem Patienten und/oder einer anderen behandelnden Gesundheitsfachperson nicht ersetzen. Folglich würde aus dem OPD keiner der in Art. 1 Abs. 3 VE-EPDG statuierten Nutzen resultieren. Generell wird wohl auch im Fall der Einführung des Systems OPD die direkte Kommunikation zwischen Arzt und Patient sowie Überweisungs- und Austrittsberichte nicht ersetzen können.

Unzumutbarer zeitlicher und finanzieller Aufwand bei der Einführung des OPD

Es wurde bereits darauf aufmerksam gemacht, dass der finanzielle, administrative und zeitliche Aufwand für die Ärzteschaft in Zusammenhang mit dem OPD ausserordentlich gross ist. Dies zeigen die nachfolgenden Zusammenstellungen.

So ist in Zusammenhang mit der Bereitstellung des für das OPD erforderlichen IT-Systems in folgenden Sektoren mit zeitlichem, finanziellem und/oder administrativem Aufwand, insbesondere aber mit namhaften Kosten zu rechnen:

- Zertifizierung;
- Betrieb und Unterhalt;
- Schulung/Kontrolle/Qualitätssicherung;

- Mehraufwand für Personal ohne Abgeltung;
- Delegation und Zugriffsrechte innerhalb der Praxis;
- Lokale Vernetzung mit Analysemitteln (EKG, Labor, Röntgen, US, LUFU etc, ETC);
- Lizenzkosten für IT-Standards.

Bei der Handhabung der Datenzugänglichmachung im Rahmen des OPD wird in folgenden Bereichen ein ganz erheblicher Aufwand anfallen:

- Indexierung/Klassierung;
- Zugangssoftware;
- Übersetzungsaufwand bei Mehrsprachigkeit infolge fremdsprachiger Patienten;
- Gewichtung der Inhalte/Feststellen der behandlungsrelevanten Daten;
- Lektüre der Inhalte/Verfalldauer der Information;
- Aufwand bei Abgabe von Erklärungen und Informationen an Patienten im Zusammenhang mit dem OPD;
- Haftungsrechtliche Konsequenzen bei unvollständiger Lektüre der vorhandenen Inhalte, bei unvollständiger Dokumentation, bei einem Datenrückzug, bei Dokumentationsverzug;
- Ergänzungen relevanter Informationen, Aktualisierung des OPD;
- Dokumentation nach fremden, im eigenen Umfeld unnötiger Standards man vergleiche e-Rezept mit Papierrezept

Wie bereits eingangs erwähnt, erachten wir es für den Erfolg des OPD als entscheidend, dass die teilweise schon in elektronischer Form bestehende Krankengeschichte in den Arztpraxen mittels einfacher Vorkehren, soweit sie behandlungsrelevante Angaben enthält, auszugsweise in ein online Dossier kopiert bzw. eingespielen werden kann. Anders ist die Einführung des OPD nicht vorstellbar, schon gar nicht auf der Basis der Freiwilligkeit, denn sämtlicher zusätzlicher Aufwand ist den Ärztinnen und Ärzten der freien Praxis, welche heute bereits bis an ihre Grenzen belastet sind, nicht zuzumuten. Dies gilt insbesondere für die Grundversorgerinnen und Grundversorger, welche wohl – und zwar unabhängig davon, ob Netzwerke zwingend eingeführt werden oder nicht - eine Schlüsselstellung einnehmen werden. Zwingend erforderlich ist sodann die Sicherstellung der Kompatibilität der verschiedenen von der Ärzteschaft und den Spitälern verwendeten IT-Systeme. Ansonsten macht ein gegenseitiger Austausch von Daten und Informationen keinen Sinn.

Aus all diesen Gründen muss es für Ärztinnen und Ärzte möglich sein, den zusätzlich bei der Erstellung und Handhabung des OPD entstehenden Aufwand abzugelten. Wir erachten es als angemessen, pro Konsultation 5 Minuten zusätzlich als Tarmed-Position zu veranschlagen. Werden demgegenüber keinerlei Anreize und/oder Entschädigungsmöglichkeiten für die Ärzteschaft vorgesehen, stufen wir die Chancen des OPD, sich landesweit flächendeckend zu etablieren, als äusserst gering ein. Man kann nicht von der Ärzteschaft verlangen, dass sie sich freiwillig einem online System anschliessen, welches für sie lediglich ein zusätzlicher Aufwand ohne Entschädigung bedeutet. Wie die Autoren der Regulierungsfolgenabschätzung prognostizieren, wird das OPD für Ärzte in der freien Praxis auch nach 20 Jahren mehr Kosten als Nutzen verursachen. Wir schliessen uns daher der Auffassung der FMH, wonach es unbedingt finanzieller Anreize zur Verbreitung der elektronischen Dokumentation in den Arztpraxen bedarf, an. Nur so kann sichergestellt werden, dass das OPD mit qualitativ guten Daten aus der elektronischen Krankengeschichte – mit einem vernünftigen Aufwand – versorgt werden kann.

II. Zum Vorentwurf des EPDG im Einzelnen

A. Gegenstand des Gesetzes (Art. 1)

Es ist vorgesehen, dass das OPD ausschliesslich behandlungsrelevante Daten umfassen soll. Der Begriff der behandlungsrelevanten Daten ist im VE-EPDG nicht näher umschrieben, was eines der Hauptprobleme der Einführung des OPD darstellen dürfte. Die Vorgabe, dass ausschliesslich behandlungsrelevante Daten ins Dossier aufzunehmen seien, ist in der Praxis nicht umsetzbar, da damit die praktischen Prozessabläufe der gesamte Behandlungskette nicht angemessen berücksichtigt werden. So ist beispielsweise dem behandelnden Arzt nicht bekannt, welche anderen Gesundheitsfachpersonen im Einzelnen, die Daten, welche er über das OPD zugänglich macht, abrufen werden. Im Gegensatz zu heute wird der behandelnde Arzt die nachbehandelnden Gesundheitsfachpersonen und deren Fachrichtungen nicht kennen und wird diese nicht mit genau denjenigen Daten versorgen können, welche für eine zielgerichtete und erfolgreiche Behandlung notwendig wären. Es wird für ihn sehr schwierig bis unmöglich sein, die wirklich behandlungsrelevanten Daten herauszufiltern und nachbehandelnde Gesundheitsfachpersonen verschiedenster Fachrichtungen zielgerichtet zu informieren.

Wir gehen davon aus, dass der Begriff der Behandlungsrelevanz auf Verordnungsstufe näher geregelt werden wird und wir im Rahmen der dannzumaligen Vernehmlassung zur Stellungnahme eingeladen werden (vgl. Bemerkungen zu Art. 10 VE-EPDG unten). Wir weisen heute schon darauf hin, dass nur solche Daten behandlungsrelevant sein können, welche für die künftige Behandlung notwendig sind, nicht jedoch solche, welche nur der Rechenschaft über die erfolgte, vergangene Behandlung dienen. Ferner müssen Gesundheitsfachpersonen ein gewisses Ermessen haben, was im Einzelfall behandlungsrelevant ist. Dem kann man wohl am besten gerecht werden, indem auf Verordnungsstufe keine abschliessende Liste von behandlungsrelevanten Daten definiert wird, sondern die Auswahl der Daten auch in das Ermessen der Gesundheitsfachperson gestellt wird.

Die Möglichkeit der Patienten, die Dokumente und Daten mit aus ihrer Sicht relevanten Daten zu ergänzen, erachten wir als problematisch. Denn dies birgt die Gefahr in sich, dass das Dossier mit Daten überschwemmt wird und unüberschaubar wird (vgl. hierzu auch die Ausführungen zu Art. 7 VE-EPDG unten). Wir sind der Meinung, dass es sich beim Dossier, bedingt durch dessen Funktion, um ein Fachdossier von Fachleuten für Fachleute handelt. Dies schliesst es aus, dass Patientinnen und Patienten von sich aus ohne jegliche Kontrolle aus ihrer Sicht relevante Daten eingeben können. Akzeptabel ist dies allenfalls, wenn die Patientinnen und Patienten ihre Angaben und Dokumente in einem separaten Unterfile ablegen müssen.

B. Definitionen von Begriffen (Art. 2)

Gemäss dem VE-EPDG sind Gesundheitsfachpersonen nach eidgenössischem oder kantonalem Recht anerkannte Fachpersonen, die im Gesundheitsbereich Behandlungen durchführen oder im Zusammenhang mit einer Behandlung Produkte abgeben.

Wir gehen davon aus, dass der Kreis der Gesundheitsfachpersonen auf Verordnungsstufe noch näher bestimmt werden wird und wir auch hierzu zur Vernehmlassung eingeladen werden. Es ist uns ein Anliegen, dass namentlich die Praxisvertreter/Innen, Praxispartner/Innen, Assistenzärzte/Innen, die Medizinischen Praxisassistenten/Innen,

die Pflegefachpersonen, Mitarbeiter/Innen der Spitex (ohne reine Hauswirtschaft), besondere Fachpersonen wie Wundpflegefachpersonen und Diabetespflegepersonen etc. Zugriff auf das OPD erhalten. Es ist wichtig, dass alle an der Behandlungskette beteiligten Personen Einblick ins OPD erhalten, um eine qualitativ hochstehende und sichere Versorgung des Patienten sicherzustellen.

Selbstverständlich ist die Zugriffsberechtigung, d.h. der Umfang und die Art der einsehbaren Daten, je nach Stufe der Ausbildung und Tätigkeit der Gesundheitsfachperson zu regeln. Es ist klar, dass die medizinische Praxisassistentin oder der Apotheker nicht dasselbe umfassende Einsichtsrecht haben darf wie der behandelnde Arzt. Die vorgesehene Erstellung eines Rollenkonzepts als Grundlage für das Berechtigungskonzept, bei welchem jede Rolle Aufgaben, Eigenschaften und Rechte eines Benutzers definiert, ist daher absolut erforderlich. Durch dieses Rollenkonzept wird die Rechteverwaltung eindeutig erleichtert. Ändern sich die Rechte einer Rolle, müssen nicht die Rechte sämtlicher Benutzer individuell abgeändert werden, sondern es genügt, dass die Rechte der jeweiligen Rolle angepasst werden.

Wir erachten es ferner als unverzichtbare Voraussetzung, dass der Ausschluss von Case Managern und von Vertrauensärzten vom Zugriffsrecht auf das OPD zwingend gesetzlich verankert wird, damit die Patientinnen und Patienten von den Versicherern nicht diesbezüglich unter Druck gesetzt werden können, Angaben über die eigene Person zu offenbaren. Aufgrund des hier offensichtlich bestehend Interessenskonfliktes und des Missbrauchspotential der Versicherer darf der Vertrauensarzt keinen Zugriff auf das OPD haben. Case Manager oder Vertrauensärzte müssen zwingend von den so genannten Einschlusslisten ausgeschlossen sein. Betreffend den zwingenden Ausschluss von Vertrauensärzten wird auch auf die Stellungnahme der FMH verwiesen.

C. Einwilligung des Patienten (Art. 3)

Zum Grundsatz der doppelten Freiwilligkeit

Der Grundsatz der doppelten Freiwilligkeit, d.h. die freiwillige Einführung des OPD sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der Gesundheitsfachpersonen bzw. deren Gemeinschaften, mit Ausnahme der Spitäler, welche auf der Spitalliste stehen oder Spitäler, die mit Versicherern Verträge über die Vergütung aus der obligatorischen Krankenversicherung abschliessen (vgl. Art. 18 VE-EPDG), wird begrüsst. Gesundheitsdaten sind besonders schützenswerte Daten und sollten nur mit entsprechender Einwilligung Eingang ins OPD finden. Dies entspricht auch dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Der Patient wird sich nur dann vorbehaltlos der Gesundheitsfachperson anvertrauen, wenn er die Weiterverbreitung der anvertrauten Informationen kontrollieren kann. Demgegenüber sollte auch die Gesundheitsfachperson frei darüber bestimmen sollen, wie sie in diesem Bereich ihre berufliche Tätigkeit ausübt. Ein Zwang der Gesundheitsfachperson würde massive Gegenreaktionen auslösen. Das EPDG wäre von allem Anfang an zum Scheitern verurteilt.

Einwilligung des Patienten im Besonderen

Die in Art. 3 Abs. 1 VE-EPDG vorgesehene schriftliche Einwilligung des Patienten zur Erstellung eines OPD erachten wir als erforderlich, wohingegen Abs. 2 derselben Bestimmung konkretisiert werden muss. Es ist nicht klar, was unter „ausdrücklicher“ Einwilligung zu verstehen ist.

Wir erachten es als genügend, wenn nach Vorliegen der einmaligen und generellen Einwilligung des Patienten zur Erstellung eines OPD, die Einwilligung für das

Zugänglichmachen der einzelnen Daten stillschweigend konkludent erfolgt. Nach schriftlicher Einwilligung des Patienten in die Erstellung eines OPD ist der Gesundheitsfachperson hier – selbstverständlich unter Berücksichtigung der Interessen seines Patienten und unter Vorbehalt einer ausdrücklich anders lautender Weisung des Patienten – ein grosser Ermessensspielraum zu gewähren, bei der Frage, welche Daten sie den anderen Gesundheitsfachpersonen zugänglich macht. An dieser Stelle stimmen wir der FMH zu, wenn sie verlangt, dass hier die Regeln der Art. 321 StGB zu übernehmen sind. Es muss der Einschätzung der Gesundheitsfachperson überlassen werden, in welchen Fällen sie beim Patient ausdrücklich nachfragen muss oder wo sie von einer stillschweigenden oder mutmasslichen Einwilligung ausgehen darf und kann. Jede andere Regelung führte dazu, dass wenn behandlungsrelevante Daten vorliegen, die Gesundheitsfachperson jedes Mal den Patienten befragen muss, ob sie die Daten zugänglich machen darf. Der damit zusammenhängende administrative Aufwand wäre unzumutbar. Das System würde viel zu träge und kompliziert, die allseits geforderte Effizienz ginge dadurch verloren. Ferner können Situationen bestehen, in welchen die Einwilligung des Patienten nicht eingeholt werden kann, die Daten für die Nachbehandlung aber von wesentlicher Relevanz sind und längeres Zuwarten die Behandlungsqualität schmälern oder sogar Leib und Leben des Patienten gefährden könnte.

Hinzu kommt, dass der Patient selber jederzeit Einfluss auf die Verbreitung seiner Daten nehmen kann. So kann er der behandelnden Gesundheitsfachperson jederzeit untersagen, bestimmte Dokumente ins OPD einzustellen bzw. kann sie anweisen, Dokumente zu entfernen.

Der erläuternde Bericht sieht auf Seite 43 vor, dass der Widerruf darin besteht, dass die Zugriffsrechte entzogen werden, womit die Abrufmöglichkeiten technisch unverzüglich aufzuheben sind. Wir interpretieren dies so, dass der Patient seine Einwilligung zur Erstellung des OPD sowie der Zugänglichmachung bestimmter Dokumente jederzeit widerrufen kann und in der Folge alle Gesundheitsfachpersonen keinen Zugang zum Dossier bzw. zum entsprechenden Dokument mehr haben. Ausser natürlich diejenige Gesundheitsfachperson, welche entsprechendes Dossier bzw. Dokument in der von ihr erstellten Krankengeschichte führt. Dort gelten die üblichen Archivierungs- und Lösungsgrundsätze. Andererseits kann der Patient über Art. 4 VE-EPDG nur bestimmten Gesundheitsfachpersonen zum Dossier allgemein oder zu bestimmten Dokumenten den Zugriff verwehren.

Unbedingt zu regeln sind in Ergänzung hierzu die Folgen des Widerrufs und wer dabei welche Vorkehren zu treffen hat. Wir beantragen, dass wenn ein Widerruf erfolgt ist, die Daten in einem vom aktiven Online-System separierten Archivbereich überführt werden, die blosser Sperrung sämtlicher Zugriffsrechte genügt nicht. Ein Patient wird nach dem Widerruf seiner Einwilligung nicht davon ausgehen und es auch nicht wollen, dass seine Daten immer noch (zumindest indirekt) im System vorhanden sind. Die Archivierung ist aber aus Gründen der Protokollierung der Zugriffe auf das OPD notwendig.

D. Zugriffsrechte (Art. 4)

Die vorgesehenen Regelungen der Zugriffsrechte bezüglich der Vertraulichkeitsstufen der Daten, der Rollen der Gesundheitsfachpersonen und der Aufnahme von Gesundheitsfachpersonen in eine Einschluss- bzw. Ausschlussliste, sind unseres Erachtens nicht praktikabel.

Hat die Gesundheitsfachperson die behandlungsrelevanten Daten herausgeschält, muss sie zusätzlich das Dossier in Bezug auf die Zugriffsrechte und -stufen im Detail studieren,

um nicht den Fehler zu machen, die Daten Nichtberechtigten zugänglich zu machen. Dieser zusätzliche Aufwand ist, insbesondere wenn er nicht vergütet wird, nicht zumutbar. Es muss unbedingt über die Identifikations-Software sichergestellt werden, dass sich die Gesundheitsfachpersonen nicht auch noch um die richtige Verteilung der Daten kümmern muss.

Hinzu kommt, dass es der Praxisalltag und die Überlastung der Arztpraxen nicht zulässt, die Patienten über die Erteilung und Verwaltung von Zugriffsrechten so umfassend zu informieren, dass die Patienten zur praktischen Handhabung der Zugriffsverwaltung befähigt sind. Die polymorbiden und chronisch kranken Patientinnen und Patienten, welche am meisten von einem solchen OPD profitieren würden, können und wollen sich überdies in der Regel nicht mit derart komplexen IT Fragen befassen. Die Ärzteschaft ist hier zu entlasten und/oder für den Mehraufwand zu entschädigen, da ansonsten der Nutzen und Aufwand in Bezug auf das OPD in ein Missverhältnis zueinander geraten würden. Die flächendeckende Einführung des OPD wäre damit zum Scheitern verurteilt.

Abhilfe schaffen können unserer Ansicht nach folgende Unterstützungsangebote:

- Abgabe einer schriftlichen Dokumentation/Flyer an die Patienten;
- Schulung der Ärzte und medizinischen Praxisassistent/Innen;
- Einrichtung einer zentralen Stelle (Hotline, Call-Center), an welche sich die Patienten bei Fragen wenden können bzw. an welche ein Arzt seine Patienten bei Fragen weiterverweisen kann. Eine solche Stelle sollte auch jenen Patienten beistehen, welche mangels Internetzugang selber keine Möglichkeit haben, online ihr Dossier zu verwalten;
- Schulungshilfen und Erklärungen über Online-Portale, beispielsweise über Lehr-/Anschauungsfilme etc.;
- Vorgefertigte auf bestimmte Patienten-Typen massgeschneiderte Formulare, bei welchen durch Ankreuzen oder Streichen die Zugriffsberechtigungen erteilt werden können;
- Regelung eines Verfahrens vor dem Ombudsmann für Fälle, da der Patient mittels Rabattangeboten zur Datenfreigabe verführt oder indirekt gezwungen wird.

Die Kosten solcher Unterstützungshilfen sind vom Bund und den Kantonen zu übernehmen. Allenfalls ist eine Überwälzung auf die Patienten vorzusehen.

Aus Effizienzgründen und zur Aufwandsparnis beantragen wir, dass beim OPD für Patienten, welche die Zugriffsrechte nicht oder nicht mehr selber verwalten können, eine Stellvertretungsregelung – allenfalls unter Hinweis auf die 2013 in Kraft tretenden Bestimmungen des Erwachsenenschutzgesetzes – eingebaut wird. Vertrauensärzte der Versicherer sind aufgrund des offensichtlich bestehenden Interessenskonfliktes als potentielle Stellvertreter auf Gesetzesebene zwingend auszuschliessen.

Art. 4 Abs. 3 VE-EPDG regelt den Zugriff in medizinischen Notfallsituationen in ungeeigneter Weise. Erfolgt in einer medizinischen Notfallsituation ein Zugriff ohne Einwilligung des Patienten, so kann dieser nebst den üblichen zivilrechtlichen Rechtsbehelfen des Persönlichkeitsrechts auch die strafrechtlichen Anzeigemöglichkeiten nach Art. 17 VE-EPDG in Anspruch nehmen, wenn er meint, der Zugriff sei unrechtmässig erfolgt. Diese Regelung führt dazu, dass die Gesundheitsfachpersonen in Notfallsituationen ohne besondere Ermächtigung nur sehr zurückhaltend auf das OPD zugreifen werden. Andernfalls riskieren sie eine Busse bis zu CHF 100'000.-. Dies ist nicht zielführend und schlicht dysfunktional.

E. Identifikation(Art. 5)

Die Verwendung der Versichertennummer nach Artikel 50c des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterbliebenenversicherung (AHVN13) als Merkmal zur Identifikation der Patienten erachten wir insoweit als sinnvoll, als damit die Patienten eindeutig identifizierbar sind und mangels Entwicklung einer neuen Identifikationsnummer keine weiteren Kosten anfallen. Andererseits muss bei der Verwendung der AHVN13 als Identifikationsnummer beim Zugriff auf das OPD jede Missbrauchsmöglichkeit durch technische Vorkehrungen vollkommen ausgeschlossen werden. Dies ist nach unserem Kenntnisstand bis jetzt indes nicht möglich. Es kommt hinzu, dass nach unserer Auffassung keine Datenzusammenführung mit Daten aus anderen Lebensbereichen der Patientinnen und Patienten stattfinden darf. Die im erläuternden Bericht ausgeführte Methode zur Verhinderung der Zusammenführung der AHVN13 mit den medizinischen Daten und Metadaten überzeugt indes nicht und ist auch praktisch gar nicht durchführbar. Falls die AHVN13 Verwendung finden soll, fordern wir, dass die AVHN13 einzig für den Identifikationsvorgang benutzt wird und die Verbindung bzw. der Pfad zu den Gesundheitsdaten und den Metadaten nicht nachvollziehbar sein darf und bei jeder Identifikation unwiederbringlich zu löschen ist. Im Übrigen wird an dieser Stelle ergänzend auf die Vernehmlassung der FMH sowie das ihr zugrunde liegende Rechtsgutachten verwiesen.

Im erläuternden Bericht ist vorgesehen, dass als Identifikationsmittel oder Träger der digitalen Identität verschiedene Medien, wie beispielsweise die Versichertenkarte nach Art. 42a KVG, die SuisseID oder ein anderes System zur Anwendung gelangen könnte. Hier erachten wir insbesondere die Versichertenkarte nach Art. 42a KVG als untaugliches Mittel, da diese Karte dem Patienten vom Versicherer zur Verfügung gestellt wird und im Eigentum des Versicherers verbleibt. Eine Identifikation des Patienten über ein Medium, welches von der Zugehörigkeit des Patienten zu einer bestimmten Versicherung abhängig ist, ist untauglich. Der SuisseID ist in diesem Zusammenhang – zumindest bei der Identifikation der Patienten – klar der Vorzug zu geben. Bei der Identifikation der Gesundheitsfachperson versagt die SuisseID im Zusammenhang mit dem Rollenkonzept. Hier wird ein anderes System als Lösung herangezogen werden müssen. Anzumerken ist ferner, dass die zwingende Vorgabe von Lösungen zur elektronischen Identifikation, welche auf dem Einsatz von qualifizierten oder fortgeschrittenen Signaturen im Sinne des Bundesgesetzes über Zertifizierungsdienste im Bereich der elektronischen Signatur (ZertES) beruhen, wegen der damit verbundenen Kosten der flächendeckenden Einführung des OPD entgegen stehen und daher auch der Einsatz anderer Identifikationsverfahren prohibitiv wäre. Weiter ist zu berücksichtigen, dass für die Sicherheit nicht nur die sichere elektronische Identität relevant ist, sondern auch die sichere Authentisierung (Zweifaktor-Authentisierung). Diesen Umständen wird auf Verordnungsstufe Rechnung zu tragen sein.

F. Pflichten der Gemeinschaften (Art. 6)

Gemäss dem erläuternden Bericht zum VE-EPDG ist diejenige zertifizierte Gemeinschaft, welche initial das OPD für einen Patienten eröffnet (sogenannte Stammgemeinschaft), zuständig für die Entgegennahme und Aufbewahrung der Einwilligungserklärung und für die Entgegennahme und Aufbewahrung einer allfälligen Widerrufserklärung. Bei der Stammgemeinschaft werden überdies die vom Patienten eingerichteten Zugriffsrechte hinterlegt. Der erläuternde Bericht misst der sogenannten Stammgemeinschaft bei der Handhabung des OPD offensichtlich eine zentrale Rolle bei und will ihr diverse Pflichten auferlegen. Daher überrascht es, dass die Stammgemeinschaft im Vorentwurf nicht explizit erwähnt wird. Soll die Stammgemeinschaft bzw. Stammgesundheitsfachperson

gegenüber dem Patienten die im erläuternden Bericht beschriebene Verantwortung wahrnehmen, besteht eindeutig Regelungsbedarf.

Nicht geregelt ist beispielsweise, was gelten soll, wenn der Patient die Stammgemeinschaft wechselt. Wir sind der Auffassung, dass eine externe zentrale Stelle oder der Patient selber mit der Organisation des Daten- und Dokumentenumzugs zu beauftragen ist. Somit könnte der Umzug zur neuen Stammgemeinschaft auch sichergestellt werden, wenn die ursprüngliche Stammgemeinschaft aufgelöst wird bzw. stirbt oder aus sonst einem Grund den Umzug nicht vornehmen kann. Zu regeln wäre in diesem Zusammenhang auch, wer die Daten in der Umzugsphase zu verwalten hat.

Die Regelung in Art. 6 VE-EPDG, wonach zertifizierte Gemeinschaften sicherstellen, müssen, dass diejenigen behandlungsrelevanten Daten über das OPD zugänglich gemacht werden, zu denen der Patient nach Art. 3 Abs. 2 VE-EPDG eingewilligt hat, erachten wir nur dann als sinnvoll, wenn klar ist, was für Daten als „behandlungsrelevant“ gelten. Hier besteht noch Regelungsbedarf (vgl. Ausführungen zu Art. 1 VE-EPDG oben). Ferner macht es wenig Sinn, die Gemeinschaft als für die Datenzugänglichkeit generell verantwortlich zu bestimmen. Verantwortlich muss in erster Linie die einzelne Gesundheitsfachperson sein, welche sich einer zertifizierten Gemeinschaft angeschlossen hat und nicht die Gemeinschaft selber. Die Gemeinschaft kann, wenn überhaupt, höchstens dafür verantwortlich gemacht werden, dass sie das IT System, welches zur Dateneinspeisung ins OPD notwendig ist, sicherstellt, sicher aber nicht für Aufgaben, welche der einzelnen Gesundheitsfachperson obliegen (vorbehaltlich der Aufgaben derjenigen Gesundheitsfachpersonen, welche sich in einem Anstellungsverhältnis zur betreffenden Gemeinschaft befinden). Art. 6 VE-EPDG muss daher korrigiert bzw. präzisiert werden, dass nicht die zertifizierten Gemeinschaften die Daten zugänglich machen müssen, sondern die ihnen angeschlossenen Gesundheitsfachpersonen. In diesem Zusammenhang fordern wir überdies, dass die Gesundheitsperson die Sicherstellung des Zugänglichmachens der Daten an Dritte soll delegieren können.

Der Entwurf unterlässt leider die Regelung einer Kompetenz der Gesundheitsfachpersonen, ins OPD eingestellte Daten wieder zu löschen. Dies ist indes von ganz erheblicher Bedeutung, denn das Kriterium der Behandlungsrelevanz ist dynamischer Natur: sind Daten heute noch relevant, können sie diese Eigenschaft morgen schon wieder verloren haben. Ohne Regelung der Lösungsmodalitäten und -kompetenzen ist mit datenüberfluteten OPD zu rechnen, was deren Gebrauchstauglichkeit erheblich einschränkt. Dieser Aspekt ist zwingend bei der Regelung der Behandlungsrelevanz auf Verordnungsstufe (vgl. Bemerkungen oben zu Art. 1 VE-EPDG) zu berücksichtigen

G. Zertifizierungspflicht (Art. 7)

Gemäss dem erläuternden Bericht auf S. 39 sollen die Patienten die Möglichkeit erhalten, in Ergänzung zu den von den Gesundheitsfachpersonen erstellten Dokumenten und Daten ebenfalls aus ihrer Sicht behandlungsrelevante Daten im OPD abzulegen und den sie behandelnden Gesundheitsfachpersonen zugänglich zu machen.

Die Einräumung dieser Möglichkeit zugunsten der Patienten lehnen wir auch hier kategorisch ab. Nochmals: funktionsbedingt handelt es sich um ein Fachdossier, das von Fachpersonen für Fachpersonen erstellt wird. Da die Gesundheitsfachperson mithin die Verantwortung dafür trägt, dass die Daten und Dokumente richtig und im behandlungsrelevanten Rahmen vollständig sind, soll der Patient nicht berechtigt werden, die ins OPD gestellten Daten zu modifizieren. Dies kann auch dazu führen, dass das OPD

mit Daten überflutet wird und aufgrund mangelhafter Übersicht wertlos wird. Sollte an dieser Möglichkeit trotzdem festgehalten werden, müsste in jedem Fall die von den Patientinnen und Patienten eingestellten Daten in einem separaten File abgelegt werden (vgl. dazu auch die Bemerkungen oben zu Art. 1 VE-EPDG).

H. Zertifizierungsvoraussetzungen (Art. 8)

Um eine zielgerichtete Kommunikation unter den Gesundheitsfachpersonen zu gewährleisten, muss zwingend sichergestellt werden, dass die jeweils von den Gesundheitsfachpersonen verwendeten Datensysteme kompatibel sind. Davon ist man heute noch weit entfernt. Um die Ärzteschaft zu einer Investition in die für das OPD erforderlichen IT-Systeme zu bewegen, braucht es unbedingt Investitionssicherheit. Ein erster Schritt muss die verbindliche Festlegung von Standards, Normen und Integrationsprofilen sein, damit die Sicherstellung der Interoperabilität der verschiedenen IT-Systeme der beteiligten Gesundheitsfachpersonen und Patienten untereinander gewährleistet ist. Hierbei handelt es sich um einen zentralen Punkt, der wohl noch eingehenderer Abklärung bedarf.

Auf Verordnungsstufe muss zusätzlich zu den in Art. 8 genannten Aspekten auch die Validierung der Daten geregelt werden.

Die im erläuternden Bericht eingeschlossene Schätzung der Kosten der Zertifizierung nach Art. 7 VE-EPDG für einen einzelnen Arzt bzw. ein Ärztenetzwerk von CHF 9'000.- bis CHF 15'000.- für die erste Zertifizierung, CHF 8'000.- für die jährlich zu wiederholende Audits sowie Re-Zertifizierungskosten von CHF 7'000 bis CHF 11'500 alle drei Jahre sind absolut prohibitiv. Bei solch hohen Kosten, werden sich die Gesundheitsfachpersonen dem OPD niemals freiwillig anschliessen. Als jährlich wiederkehrende Kosten (insbesondere Wartungsgebühren) ist höchstens ein Betrag zwischen CHF 850.- und 1'500.- zumutbar.

I. Mitwirkung der Kantone und Anhörung der betroffenen Organisationen (Art. 10)

Da die Ärztinnen und Ärzte als Gesundheitsfachpersonen direkt vom EPDG betroffen sind, erachten wir es als zwingend notwendig, dass wir bei der Vorbereitung von rechtsetzenden Erlassen nach Art. 8 und 9 VE-EPDG aktiv mitwirken können. Die Mitwirkung und Anhörung gemäss Art. 10 VE-EPDG ist unbedingt dahingehend zu erweitern, dass wir auch bei der Vorbereitung der rechtsetzenden Erlasse nach Art. 4 Abs.2, Art. 5 Abs. 2, Art. 11 Abs. 3 und Art. 16 Abs. 3 des Entwurfs angehört werden und mitwirken können.

Die Ärzteschaft wird an der flächendeckenden Implementierung des OPD einen entscheidenden Beitrag leisten müssen, damit das OPD und damit das EPDG sich erfolgreich durchsetzen können. Die Ärzteschaft ist zudem an vorderster Front mit dem OPD konfrontiert und kann somit bei der Ausgestaltung des Ausführungsrechts wertvolle Inputs liefern. Darüber hinaus wird sich das OPD nur dann durchsetzen können, wenn es von den Betroffenen akzeptiert wird, was durch die Anhörungs- und Mitwirkungsrechte wiederum aktiv gefördert wird. Daher und auch vor dem Hintergrund der grossen politischen, finanziellen und sozialen Tragweite des EPDG (vgl. auch Art. 1 Abs. 3 VE-EPDG) rechtfertigt sich die Einräumung von Mitwirkungs- und Anhörungsrechten bei der Vorbereitung des Ausführungsrechts, auch wenn diese allenfalls über Art. 45 BV hinausgehen (vgl. hierzu auch Art. 3 Abs. 2 Vernehmlassungsgesetz (VIG)).

Auf Seite 23 des erläuternden Berichts wird festgestellt, dass im bestehenden gesetzlichen Umfeld keine Möglichkeit für den Erlass von Ausführungsrecht zur Festlegung und Einhaltung von Normen und Standards bestehe, weshalb für die Einführung des OPD die Form des Bundesgesetzes gewählt wurde. Dies würde an und für sich auf eine umfassende Regelung des OPD schliessen lassen. Im Gegenteil gibt der erläuternde Bericht aber auf Seite 38 zu verstehen, dass gerade nicht eine umfassende Regelung angestrebt wird, da man bereits funktionierende kantonale oder regionale Modellversuche nicht hemmen wolle. Die Begründung der Ausgestaltung des EPDG als blosses Rahmengesetz ist daher widersprüchlich. Vor dem Hintergrund, dass dem Bundesrat weitreichende Kompetenzen zur Ausführung des Erlasses eingeräumt werden, erachten wir es überdies auch aus rechtsstaatlichen Gesichtspunkten als dringend erforderlich, dass die Einhaltung der Delegationsgrundsätze nochmals eingehend geprüft wird. So ist beispielsweise bei Art. 5 Abs. 3 VE-EPDG unbedingt festzuhalten, dass bei der Verwendung der AHVN13 als Identifikationsmerkmal eine Datenzusammenführung mit Daten aus anderen Lebensbereichen der Patientinnen und Patienten zwingend auszuschliessen ist. Sofern es genügen sollte, dies auf Verordnungsstufe zu regeln, sollte dieser Punkt zumindest in der Botschaft des Bundesrats festgehalten werden. Dasselbe gilt beim vorgesehenen Rollenkonzept innerhalb der Regelung der Zugriffsrechte (vgl. Art. 4 VE-EPDG).

J. Information und Zusammenarbeit (Art. 12/13)

Nachdem im Bereich e-Health und IT im Gesundheitsbereich in den Kantonen immer noch Insellösungen innerhalb der Kantone favorisiert werden, muss stark bezweifelt werden, dass eine interkantonale Förderung durch den Bund gelingen wird. Im Übrigen werden die flankierenden Massnahmen weder in Art. 12 und Art 13 des VE-EPDG noch im erläuternden Bericht näher umschrieben. Da die Durchsetzung des OPD von diesen Massnahmen massgeblich abhängt, wäre es fahrlässig, sich hierüber nicht vorgängig detaillierte Gedanken zu machen und Lösungsansätze auf den unterschiedlichsten Stufen zu suchen und festzulegen.

Wir sind der Auffassung, dass das Aufzeigen eines Mehrnutzens des OPD sowie die betriebswirtschaftliche Abgeltung des Mehraufwandes Grundvoraussetzungen für eine möglichst rasche und flächendeckende Einführung des OPD sind.

Eine umfassende und rasche Aufklärung der breiten Bevölkerung über das OPD im Allgemeinen, über die Art und Form der Datenbearbeitung und Nutzniessung sowie über den Kreis der Zugriffsberechtigten sind sicherlich hilfreich. Es darf aber bezweifelt werden, dass entsprechende Kampagnen die Ängste und Befürchtungen der Patienten vor der unbefugten Weitergabe ihrer höchst schützenswerten Gesundheitsdaten werden nehmen können. Schliesslich stehen manche Personen schon Datensammlungen über ihre Lebensmitteleinkäufe, welche über die Kundenkarten der Warenhäuser Coop und Migros gesammelt werden, skeptisch gegenüber. Bei den höchst sensiblen Gesundheitsdaten wird die Skepsis erwartungsgemäss noch um einiges grösser sein. Erschwerend kommt schliesslich hinzu, dass die AHV-Nummer als Patientenidentifikation eingesetzt werden soll.

Aufgrund des direkten Kontakts und des Vertrauensverhältnisses wird die Gesundheitsfachperson naturgemäss Hauptbezugsperson für Fragen betreffend das OPD sein. Die Gesundheitsperson muss im Bereich der Patienteninformation und -aufklärung unterstützt und so weit wie möglich entlastet werden. Sicherlich werden auch finanzielle Anreize und Entschädigungen zugunsten der Gesundheitsfachperson notwendig sein. Und: je besser die Gesundheitsfachperson über das OPD informiert und von diesem

überzeugt ist, umso mehr Patienten werden ihre Daten freiwillig zur Aufnahme ins OPD frei geben.

Für die Entlastung und Unterstützung der Ärzte beantragen wir die Errichtung einer durch die Kantone bzw. den Bund zu finanzierenden Hotline bzw. Call-Centers mit spezifisch geschultem Auskunftspersonal, auf welche der Arzt seine Patienten verweisen kann. Das Call-Center sollte zentralistisch organisiert sein und in den Landessprachen Auskunft erteilen.

Als Voraussetzung einer raschen und flächendeckenden Implementierung des OPD erachten wir die Leistung einer Anschubfinanzierung für die Investitions- und Betriebskosten im Zusammenhang mit der Anschaffung der erforderlichen IT verbunden mit der Gewährung einer Investitionssicherheit als notwendig (vgl. Ausführungen zu Art. 11 oben). Ferner sind die Kosten für den Zeitaufwand zur Information des Patienten sowie zur Redigierung und Pflege des Dossiers zusätzlich angemessen zu entschädigen. Schliesslich erbringt der Arzt hier eine über seine bisherige Behandlung hinausgehende Dienstleistung. Diese muss vom Dienstleistungsempfänger, also vom Patient, abgegolten werden. Wir rechnen mit einem Zusatzaufwand von durchschnittlich 5 Minuten pro Patient und Konsultation. Es muss sichergestellt werden, dass diese Mengenausweitung auf Seiten der Ärzteschaft innerhalb des Budgets der Leikov als zusätzliche Leistung akzeptiert wird.

K. Übertragung von Aufgaben (Art. 16)

Der Bundesrat kann Dritte mit der Erfüllung von Aufgaben nach den Art. 11 Abs. 1 und 2, 12 und 13 VE-EPDG beauftragen. Die Beauftragten können für ihre Dienstleistungen Gebühren erheben. Eine Gebührenpflicht der Gesundheitsfachpersonen für die Verzeichnis- und Abfragedienste hat grundsätzlich einen prohibitiven Effekt. Daher lehnen wir dies klar ab. Die Gebühren müssen an die Patienten weiterverrechnet werden dürfen, ansonsten das OPD sich unter diesen Voraussetzungen niemals flächendeckend etablieren werden kann.

L. Zur Frage der Regelungszuständigkeit des Bundes

Der Gesetzesentwurf stützt sich auf Art. 95 Abs. 1 und Art. 122 Abs. 1 BV. Die letztgenannte Bestimmung bezieht sich auf die Regelungszuständigkeit des Bundes im Bereich des Zivilrechts, die erstgenannte auf die nicht ausschliessliche Bundeszuständigkeit der Ausübung einer privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit. Beide Zuständigkeiten sind unseres Erachtens nicht einschlägig. Nicht zu überzeugen vermag die Abstützung auf die Bundeszuständigkeit im Zivilrecht. Der Gesetzesentwurf ist völlig eindeutig eine verwaltungsrechtliche Regelung, unter Einschluss einer entsprechenden Strafbestimmung des Verwaltungsstrafrechts. Der Umstand allein, dass auch persönlichkeitsrelevante Sachverhalte geregelt werden, machen die Regelung nicht zu einer des Zivilrechts, gibt es doch auch einen Persönlichkeitsschutz des öffentlichen Rechts.

Man fragt sich sodann, welche privatwirtschaftliche Tätigkeit geregelt wird. Wäre nämlich dem so, so könnte das Gesetz die öffentlichen Spitäler nicht erfassen. Aber dann bestünde eine derart gravierende Lücke, dass das ganze Projekt nicht wirklich umgesetzt werden könnte. Geregelt wird nicht eine privatwirtschaftliche Tätigkeit, sondern eine Tätigkeit im Gesundheitsbereich im öffentlichen Interesse, insbesondere im Interesse der Effizienz und der Qualität, unter besonderer Berücksichtigung der Interessen der Patientinnen und Patienten, denen umfassende Rechte eingeräumt werden. Verfassungsgrundlagen wären daher auch bzw. zusätzlich die Art. 117 und 118 BV.

Zumindest müsste dies näher geprüft werden. Allein gestützt auf Art. 95 Abs. 1 und Art. 122 Abs. 1 BV besteht unseres Erachtens keine hinreichende Bundeskompetenz.

Wir hoffen, mit unserer Stellungnahme einen Beitrag zur erfolgreichen Implementierung des elektronischen Patientendossiers leisten zu können und bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Überlegungen und Anträge.

Mit freundlichen Grüssen

Urs Stoffel, Co Präsident KKA



Marc-Henri Gauchat, Co Président CCM

