

Institut für angewandte Informationstechnologie InIT
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG
Zentrum für Arbeitsrecht- und Sozialversicherungsrecht ZAR

anteo partners AG

Untersuchung der Machbarkeit einer schweizweiten Public Private Partnership zum Aufbau und Betrieb eines „Health Information Clearinghouses“ (Gesundheitskarte)

VERFASSER DES BERICHTS

- Gerold R. Baudinot, dipl. Ing. FH
Institut für angewandte Informationstechnologie InIT
Projektleitung
Dozent
gerold.baudinot@zhwin.ch
- Barbara Flaad, dipl. Ing. FH
Institut für angewandte Informationstechnologie InIT
wissenschaftliche Assistentin
barbara.flaad@zhwin.ch
- Eliane Kreuzer, Betriebsökonomin FH
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG
wissenschaftliche Mitarbeiterin
eliane.kreuzer@zhwin.ch
- Dagmar Nussbaumer, lic. iur. RAin
Zentrum für Arbeits- und Sozialversicherungsrecht ZAR
Dozentin für Wirtschaftsrecht
dagmar.nussbaumer@zhwin.ch
- Philip Strasser, Dr. med.
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG
Dozent, Projektleiter
philip.strasser@zhwin.ch
- Hans Oury, dipl. Ing. HTL
anteo partners AG
Partner
houry@anteopartners.ch

KORRESPONDENZADRESSE

Zürcher Hochschule Winterthur
Institut für angewandte Informationstechnologie
Herr Gerold Baudinot

Steinberggasse 13
Postfach 805
CH-8401 Winterthur

Fon 052 267 75 87
Fax 052 268 90 75

ZUSAMMENFASSUNG

Ausgangslage

Daten spielen im Gesundheitswesen eine grosse Rolle. Das Datenmanagement hat Einfluss auf Kosten und Qualität der Gesundheitsversorgung. EHealth befasst sich mit dem integrierten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT) und bezweckt, die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen durch standardisierte elektronische Prozesse miteinander zu verbinden. Durch diese Standardisierung und Elektronisierung von Versicherten- respektive Patientendaten verspricht man sich positive Effekte für das gesamte Gesundheitswesen. Art. 42a KVG ermächtigt den Bundesrat eine Versichertenkarte einzuführen. Per 1. Januar 2006 erhielten die Versicherten von 63 schweizerischen Krankenversicherungen bereits eine Karte zugestellt, die jedoch noch nicht über alle in Art. 42a KVG vorgesehenen Eigenschaften der Versichertenkarte verfügt. In der Praxis wird allerdings bereits diese Karte als Versichertenkarte bezeichnet. Gegenwärtig läuft eine Diskussion über die Frage, in welche Richtung die Entwicklung weiter getrieben werden soll. Die Versichertenkarte könnte grundsätzlich zu einer Gesundheitskarte ausgebaut werden indem entweder auf der Karte direkt zusätzliche Patientendaten gespeichert werden oder die Karte als Schlüssel für den Zugriff zu einem zentralen oder dezentralen Datenpool dienen kann. Die so verfügbaren Daten können sowohl in anonymisierter Form für Forschungs- und Statistikzwecke als auch für dementsprechende Public Health-Fragen genutzt werden.

Das System der Gesundheitskarte mit der Karte als Zugriffsschlüssel sowie allen Datenströmen, Zugriffsrechten, Prozessen und erweiterbaren Nutzungsmöglichkeiten nennen wir Health Information Clearinghouse (HIC).

In diesem Projekt geht es um die Darstellung der aktuellen Situation in der Schweiz und das Aufzeigen von zukünftigen Möglichkeiten aus einer möglichst umfassenden Sicht. Insbesondere werden im Bericht drei Punkte in Bezug auf die zu untersuchende Entwicklung der Versicherten- zur Gesundheitskarte / Health Information Clearinghouse bearbeitet:

1. Darstellung der verschiedenen Perspektiven der relevanten Akteure im schweizerischen Gesundheitswesen
2. Darstellung von möglichen Modellen im technischen Bereich und zur Trägerschaft
3. Darstellung relevanter Aspekte aus den Perspektiven Medizin, Ethik, Ökonomie und Recht

Methoden und Vorgehen

Folgende Methoden wurden für die Ausarbeitung dieser Studie gewählt. Zur Abbildung der Perspektiven der verschiedenen Akteure wurden anhand eines Interviewleitfadens¹ strukturierte Befragungen durchgeführt. Zusätzliche Gespräche mit Fachexperten, vorhandene Literatur, schriftliche Stellungnahmen sowie Besuche von Tagungen und Messen wurden soweit relevant mit einbezogen.

¹ Vgl. Interview-Leitfaden Gesundheitskarte im Anhang.

Ergebnisse

Die verschiedenen Akteure

Befragt wurden Exponenten der folgenden Akteure: FHM, GDK, Gesundheits- und Sozialdepartement, H+, Vertreterin der Politik, santésuisse, SAV/Ofac, SPO, SUVA².

Bezüglich des erwarteten Nutzens einer Gesundheitskarte sind sich alle Befragten einig, dass vor allem eine Vereinfachung administrativer Prozesse mit den entsprechenden Einsparungen resultieren würde. Im Vergleich zur heutigen Situation erwartet man eine Verbesserung im Bereich der Datensicherheit. Auch der Nutzen für den Patienten durch eine Koordination der Prozesse durch Knowledge-Sharing und die Datenverfügbarkeit werden erwartet. Einige Akteure sehen einen Nutzen in den verbesserten statistischen Auswertungen der Daten, welche besser verfügbar sein würden. Unter Berücksichtigung des Datenschutzes wird angezweifelt, wie weit hier die technischen Möglichkeiten tatsächlich vorhanden sind. Vor allem die rechtliche Betrachtung zeigt klar auf, dass mit dem momentanen gesetzlichen Rahmen relativ enge Grenzen gesetzt sind und die Grundlagen für die Umsetzung einer Gesundheitskarte / Health Information Clearinghouse sowie einer Public Private Partnership (PPP) in diesem Zusammenhang erst geschaffen werden müssen.

Eine Stärkung der Selbstbestimmung des Patienten (Patient-Empowerment) wird in den Interviews immer wieder genannt, aber nur von wenigen Akteuren als Anreiz für eine Steigerung der Akzeptanz angesehen. Interessanterweise wird der Begriff von der Patientenorganisation kritisch hinterfragt mit dem Hinweis auf eine mögliche Überforderung des Patienten.

Bisher laufende Projekte im Tessin (rete sanatoria) und in Deutschland budgetieren Netto-Einsparungen aufgrund administrativer Vereinfachungen, Vermeidung unnötiger Leistungen (z.B. Doppeluntersuchungen) und aufgrund verbesserter Qualität (z.B. Medikamentensicherheit). Umfassende Daten liegen noch keine vor. In der Expertenbefragung uneinheitlich ist die Einschätzung, ob Doppeluntersuchungen tatsächlich verhindert werden könnten. Damit bleibt trotz, den zu erwartenden administrativen Vereinfachungen denn auch die Frage der Kostenersparnis offen.

Datenschutz, Föderalismus und hohe Investitionen bei noch nicht näher bezifferbarem Nutzen werden für die Schweiz als grösste Hürden und Risiken für die Entwicklung der Versichertenkarte in Richtung Gesundheitskarte / Health Information Clearinghouse bezeichnet.

Als Voraussetzungen für die Akzeptanz sowohl bei der Bevölkerung als auch bei den Akteuren werden eine klare Strategie, der Einbezug aller in transparente und klare Prozesse, finanzielle Anreize, klare Regelungen gegen Missbrauch und eine umfassende und zeitnahe Kommunikation genannt. Von Seiten der Ärzte und Patienten ist in Bezug auf die Akzeptanz eher Skepsis zu spüren. Sie betonen die Risiken im Vergleich zu den anderen Akteuren stärker.

² Vgl. Interview-Verzeichnis im Kapitel 12.1.

Technik

Die mittels eines "Request for Information" kontaktierten Technologie-Anbieter zeigten sehr grosses Interesse an dieser Thematik. Rund zehn Unternehmen haben ausführliche Dokumentationen und Systemvorschläge zur Verfügung gestellt. Es ist nicht zu erwarten, dass ein weiterführendes Projekt mangels technischer Umsetzbarkeit scheitern würde.

PPP

Die Ziele der Gesundheitskarte lassen sich am besten mit einer Public Private Partnership als Modell für die Trägerschaft umsetzen. Dies haben die Interviews mit den verschiedenen Akteuren aufgezeigt. Auch aus rechtlicher Sicht ist eine solche Kooperationsform grundsätzlich möglich und umsetzbar. Voraussetzung dafür ist jedoch die Schaffung der erforderlichen gesetzlichen Grundlagen.

Schlussfolgerungen

Der Erfolg eines solchen Projektes hängt wesentlich von der Strategie, den entsprechenden Rahmenbedingungen und der Akzeptanz der verschiedenen Akteure ab. Aus diesem Grund ist in jeder Projektphase auf eine transparente Kommunikation und den Einbezug aller relevanten Akteure zu achten. Daneben spielen medizinische (Qualitätsverbesserung), ökonomische (Kosten-Nutzen-Verhältnis) und rechtliche Fragen (insbesondere Datenschutz) eine entscheidende Rolle.

Für die Einführung einer Gesundheitskarte / Health Information Clearinghouses wird eine konkrete Definition eines Modells (Businesscase) vorausgesetzt. Dabei sollten die relevanten Parteien einbezogen werden. Für den Erfolg des weiteren Vorgehens von grosser Bedeutung sind die Klärung der Führungsrolle sowie ein klarer Zielkatalog und Zeitplan. Eine erfolgreiche Fortsetzung der Versichertenkarte Richtung Gesundheitskarte / Health Information Clearinghouse bedingt ein Vorgehen, welches von Anfang an von den wichtigsten Akteuren akzeptiert, verstanden und unterstützt wird.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Ziel und Fragestellung.....	2
1.3	Begriffe	3
1.3.1	Der Begriff der Gesundheitskarte.....	3
1.3.2	Der Begriff des Health Information Clearinghouse (HIC)	4
1.3.3	Der Begriff der Public Private Partnership (PPP)	5
1.4	Pilotprojekte	8
1.4.1	Rete Sanitaria, Kanton Tessin	8
1.4.2	E-toile, Kanton Genf.....	8
1.4.3	Gesundheitskarte in Deutschland.....	8
2	Methodik.....	10
2.1	Befragung der heutigen Akteure im Gesundheitswesen (Teil I).....	10
2.2	Mögliche Modelle zu Technik und Trägerschaft (Teil II).....	11
2.3	Medizinische, ethische, ökonomische und rechtliche Aspekte (Teil III)	11
2.4	Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	12
	TEIL I: DIE GESUNDHEITSKARTE AUS SICHT DER HEUTIGEN SCHWEIZER AKTEURE IM GESUNDHEITSWESEN	13
3	Die verschiedenen Perspektiven.....	13
3.1	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH	13
3.2	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren (GDK)	16
3.3	Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern	19
3.4	H+	22
3.5	Eine Stimme aus der Politik	25
3.6	santésuisse	26
3.7	Schweizerischer Apothekerverband SAV und Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker Ofac	28
3.8	Schweizerische Patienten-Organisation.....	31
3.9	Suva.....	34
3.10	Erkenntnisse aus den Interviews.....	36
3.10.1	Bisherige Aktivitäten der Akteure	39
3.10.2	Nutzen aus Sicht der Akteure	39
3.10.3	Mögliche Hürden und Risiken	39
3.10.4	Akzeptanz in allen Schichten	40
3.10.5	Rolle der einzelnen Akteure	40
3.10.6	Vorschläge für die Finanzierung und eine mögliche Trägerschaft.....	41
3.10.7	Rolle Bund	41

TEIL II: MÖGLICHE MODELLE ZU TECHNIK UND TRÄGERSCHAFT	42
4 Technische Grundlagen	42
4.1 Operativer Bereich.....	42
4.1.1 Abraxas	44
4.1.2 Aspectra	45
4.1.3 Hewlett Packard	45
4.1.4 HIN	45
4.1.5 H-NET	45
4.1.6 Microsoft.....	46
4.1.7 Parametrix	46
4.1.8 Post.....	46
4.1.9 Siemens	47
4.1.10 Signpool	47
4.1.11 Swisscom	48
4.2 Analytischer Bereich.....	48
4.3 Nächste Schritte	50
5 Trägerschaft	52
5.1 Mögliche Partner im Rahmen des Vorhabens Gesundheitskarte	52
5.1.1 Public Partner	53
5.1.2 Private Partner	53
5.2 Mögliche Ausgestaltung der Trägerschaft am Beispiel gematik	54
5.3 Finanzierung, Kapitalkosten und Kapitalstruktur	55
5.3.1 Kapitalkosten.....	55
5.3.2 Ermittlung des Finanzierungskonzeptes und der Kapitalstruktur	55
5.4 Fazit	56
TEIL III: MEDIZINISCHE, ETHISCHE, ÖKONOMISCHE UND RECHTLICHE ASPEKTE.....	57
6 Medizinische Aspekte.....	57
6.1 Arzneimitteldokumentation	57
6.2 Notfalldatensatz (Limited clinical data).....	58
6.3 Elektronische Krankengeschichte	59
6.4 Doppeluntersuchungen/Ärztelisting	60
6.5 Patient-Empowerment.....	60
6.6 Anonymisierte Daten	61
6.7 Arzt-Patienten-Beziehung	61
6.8 Fazit	62
7 Ethische Aspekte	63

8	<i>Ökonomische Tatbestände</i>	65
8.1	Debold & Lux.....	65
8.2	Rete sanitaria.....	66
8.3	Zahlen aus Deutschland.....	68
8.4	Die grossen Unbekannten.....	68
8.4.1	Kosten.....	68
8.4.2	Nutzen.....	69
8.5	Fazit.....	70
9	<i>Rechtliche Aspekte</i>	71
9.1	Einführung.....	71
9.1.1	Ausgangslage: Versichertenkarte.....	71
9.1.2	Gesundheitskarte und PPP - die juristischen Rahmenbedingungen.....	71
9.2	Der föderalistische Aufbau des Gesundheitswesens in der Schweiz.....	72
9.3	Die datenschutzrechtlichen Grundlagen.....	73
9.3.1	Die Situation heute.....	73
9.3.2	Weitere gesetzliche Bestimmungen von Relevanz.....	84
9.3.3	Datenschutzrechtlicher Handlungsbedarf und Empfehlungen im Hinblick auf die Einführung einer Gesundheitskarte.....	86
9.4	Public Private Partnership (PPP).....	88
9.4.1	Der Begriff „PPP“.....	88
9.4.2	Rechtliche Grundlagen und Ausgestaltungsmöglichkeiten.....	88
9.4.3	Empfehlungen und Handlungsbedarf betreffend PPP.....	96
10	<i>Schlussfolgerungen</i>	98
11	<i>Danksagung</i>	100
12	<i>Verzeichnisse</i>	101
12.1	Interview-Verzeichnis.....	101
12.2	Abbildungs-Verzeichnis.....	102
12.3	Tabellen-Verzeichnis.....	102
12.4	Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen und Institutionen.....	102
12.5	Spezifische Begriffsdefinitionen.....	104
12.6	Literaturverzeichnis.....	106
13	<i>Anhang</i>	110

1 Einleitung³

Diese Studie wurde von der Zürcher Hochschule Winterthur (ZHW) initiiert und von der Kommission für Technologie und Innovation (KTI) und dem Industriepartner anteo partners AG finanziert. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) wurde vorgängig über das Projekt in Kenntnis gesetzt und laufend informiert. Die folgenden Institute der ZHW waren an der Studie beteiligt.

- Institut für angewandte Informationstechnologie (InIT) der Zürcher Hochschule Winterthur (ZHW)
- Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule Winterthur (ZHW)
- Zentrum für Arbeits- und Sozialversicherungsrecht (ZAR) der Zürcher Hochschule Winterthur (ZHW).

Den Anlass für diese Studie lieferte die Unzufriedenheit mit der Entwicklung von eGovernment und eHealth in der Schweiz⁴. Die Studie soll die Machbarkeit einer Public Private Partnership (PPP) für den Aufbau und Betrieb eines so genannten Health Information Clearinghouses aufzeigen.

1.1 Ausgangslage

Anfangs der 90er Jahre war eGouvernement in aller Munde. Grosse Erwartungen wurden durch eine grosse Zahl von Projekten des Bundes, der Kantone und Gemeinden geschürt. Die Schweiz war damals im internationalen Rating bezüglich eGouvernement an der Weltspitze. Ähnlich dem eGouvernement wurden im Bereich eHealth verschiedene Ideen und Projekte lanciert. Es gibt zwei Kantone (Genf und Tessin), die ein Pilotprojekt initiiert und damit wichtige Vorarbeit geleistet haben.

Die Erwartungen an eHealth sind hoch. So sollen durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT) zahlreiche partielle und umfassende Verbesserungen im Gesundheitswesen ermöglicht werden. Verschiedentlich heute bereits genannte mögliche Auswirkungen aus dem Einsatz von ICT und im speziellen einer Infrastruktur Health Information Clearinghouse sind:

- Tiefere Kosten durch höhere Effizienz in den Leistungen und deren Abwicklung
- Tiefere Kosten durch höhere Behandlungsqualität und -sicherheit
- Verfügungsgewalt der Patienten über ihre Daten und Informationen (Patient-Empowerment)

³ Soweit nachfolgend keine geschlechtsneutrale Formulierung, sondern die männliche oder weibliche Form verwendet wird, geschieht dies allein der einfacheren Lesbarkeit halber. Es sind jeweils beide Geschlechter mitgemeint.

⁴ Gespräch zwischen der Projektleitung und Nationalrat Ruedi Noser; Noser, 2005.

Die Schweiz ist im erwähnten Rating seit Mitte der 90er Jahre weit zurückgefallen⁵, ist aber im Bereich der ICT-Investitionen weltweit führend⁶. Dies scheint auf den ersten Blick ein Widerspruch zu sein. Beim zweiten Hinsehen stellt man aber fest, dass gerade bei Projekten, welche Umwälzungen bewirken, Leadership ein zentrales Element des Vorwärtkommens ist. Diese vorwärtstreibende Kraft fehlte bisher beim Thema der Gesundheitskarte⁷. Man gewinnt sogar den Eindruck, dass die Reform den Akteuren überlassen und abgewartet wird was sich da entwickelt⁸. EHealth führt wie die meisten anderen „eTechniken“ dazu, dass bestehende Geschäftsprozesse umgebaut, neue Prozesse und Geschäftsmodelle entstehen und alte Prozesse obsolet werden⁹. Das heisst eHealth hat ein zu eBusiness vergleichbares Potential die Prozesslandschaft radikal zu verändern und Innovationen im Gesundheitsbereich zu bewirken¹⁰.

Eine solche Innovation kann nicht ohne Probleme umgesetzt werden. Die Akteure im Gesundheitswesen wehren sich gegen allfälligen Verlust von Hoheitsrechten, Einflussmöglichkeiten, Einnahmen etc. Die Patienten sind zwar mehrheitlich mit den angebotenen medizinischen Dienstleistungen¹¹ zufrieden, sehen aber die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich und damit verbunden die Prämienentwicklung der Krankenversicherung als grosses Problem an.

1.2 Ziel und Fragestellung

Dieser Bericht konzentriert sich auf die Abklärung der Machbarkeit eines Health Information Clearinghouses / Gesundheitskarte und richtet seinen Fokus auf die Überprüfung der Akzeptanz der damit verbundenen Modelle sowie einer gemischtwirtschaftlichen Trägerschaft derselben bei den mutmasslichen Stakeholdern. Im Zwischenbericht des BAG vom 16. August 2005¹² wird ein solches System als Modells „C-plus“ vorgestellt. Dieses Modell stellt die Basis für diesen Bericht dar.

Der Bericht ist eine Synopsis der jetzigen Situation und soll diejenigen Bereiche aufzeigen bei denen Handlungsbedarf zur Erreichung des Ziels Health Information Clearinghouse / Gesundheitskarte besteht. Konkret wird in Interviews mit den diversen Akteuren¹³ untersucht, wo Nutzen und Potentiale aber auch mögliche Hindernisse für eine schweizweite Lösung und eine mögliche PPP als Trägerschaft gesehen werden. Das erstellte

⁵ Meierhans, 2004.

⁶ Comtesse, 2005.

⁷ "A degenerative disease will not be cured by procrastination. It requires decisive action." Peter F. Drucker; Drucker, 1994.

⁸ Vgl. Noser, 2005; Interviews mit Regierungsrat Dürr und Nationalrätin Egerszegi.

⁹ Beispiel Medgate: Geschäftsmodell zur Triage von Patienten die auf eine elektronische Vernetzung der Anbieter aufbauen.

¹⁰ Christensen et al., 2000.

¹¹ Wüthrich-Schneider et al., 1999.

¹² Schmid/Nagel, 2005.

¹³ Vgl. Interview-Verzeichnis im Kapitel 12.1.

„Chancen-Risiken-Raster“¹⁴ soll Hinweise auf die möglichen Rollen der einzelnen Akteure im Rahmen einer künftigen Einführung dieser gesamtschweizerischen Lösung geben.

Der aus diesem empirischen Vorgehen resultierende Schlussbericht fasst die ermittelten Haltungen der Akteure und die daraus gewonnenen Erkenntnisse zur künftigen Einführung eines Health Information Clearinghouse / Gesundheitskarte und zu einer PPP als mögliche Trägerschaft zusammen.

Dieser Bericht soll eine Grundlage für weitere Schritte sowohl für die Einführung eines Health Information Clearinghouse / Gesundheitskarte als auch im Bereich eHealth bilden.

1.3 Begriffe

Nachfolgend werden die in der vorliegenden Studie verwendeten Begriffe der Gesundheitskarte, des Health Information Clearinghouse und der Public Private Partnership geklärt.

1.3.1 Der Begriff der Gesundheitskarte

1.3.1.1 Ausgangspunkt: Versichertenkarte

Mit der seit 1. Januar 2006 bereits von vielen Versicherungen eingeführten Versichertenkarte wird ein erster Schritt in eine flächendeckende, IT-basierte Gesundheitsversorgung der schweizerischen Bevölkerung gemacht. Die Versichertenkarte macht in erster Linie administrative Daten standardisiert zugänglich und ermöglicht eine eindeutige Identifizierung der versicherten Personen¹⁵. Die Karte ist aktuell eine Sichtkarte mit Magnetstreifen und enthält nebst dem Namen des Versicherten in Zukunft eine vom Bund vergebene Sozialversicherungsnummer. In einem zweiten Schritt sollen bis ins Jahr 2008 alle Versicherten mit einer Mikroprozessorkarte¹⁶ ausgestattet werden, welche die gegenwärtige Sichtkarte ersetzen soll. Primärziel der Versichertenkarte ist es den administrativen Aufwand bei der Leistungsabrechnung zu reduzieren¹⁷. Zusätzlich kann der Versicherte weitere persönliche und medizinische Daten auf der Karte speichern lassen, die vor allem in einem Notfall relevant werden¹⁸.

1.3.1.2 Der Begriff der „Gesundheitskarte“

Im Gegensatz zur Versichertenkarte eröffnet eine Gesundheitskartenlösung den vernetzten Zugang zu Gesundheitsinformationen, die über reine Notfalldaten hinausgehen. Im Fokus steht dabei insbesondere die systematische Nutzung des elektronischen Patientendossiers. Eine Gesundheitskartenlösung hat insbesondere zum Ziel, die bei verschiedenen

¹⁴ Vgl. Tabelle 1: Zusammenzug der wichtigsten Erkenntnisse aus den Interviews.

¹⁵ Schmid/Nagel, 2005, S. 2; Beng, 2005a, S. 2139.

¹⁶ Ausgehend vom Grobdesign von Debold & Lux sollte aus datenschutzrechtlichen Gründen die Karte als Mikroprozessorkarte ausgestaltet werden, vgl. dazu Debold & Lux, 2005, S. 9.

¹⁷ Schmid/Nagel, 2005, S. 2.

¹⁸ Schmid/Nagel, 2005, S. 2.

Leistungserbringern im Gesundheitswesen verstreuten Daten zu vernetzen und damit einen qualitativ hohen und effizienten Standard in der Gesundheitsversorgung auch in Zukunft zu gewährleisten. Dabei muss zum jetzigen Zeitpunkt offen bleiben, ob die zu vernetzenden administrativen und medizinischen Daten dezentral oder auf einem zentralen Server gespeichert werden¹⁹.

Der Begriff der Gesundheitskarte bezeichnet dabei einerseits die physische Karte, die durch Identifizierung und Authentifizierung des Inhabers als Zugangsschlüssel für den Zugriff auf die Telematikinfrastruktur des Systems dient. Diese physische Gesundheitskarte ist in alle Anwendungen involviert. Bei der Versicherung liefert sie die Identifikationsdaten. Zudem stellt sie den Schlüssel zum elektronischen Patientendossier dar, damit diese Informationen nur mit dem Willen des Patienten genutzt werden. Dabei kontrolliert sie den Zugriff auf Daten und/oder macht die Daten erst durch Entschlüsselung verwertbar.

Andererseits ist mit dem Begriff „Gesundheitskarte“ auch das gesamte Gesundheitsnetzwerk gemeint. Dieses umfasst einerseits die Telematikinfrastruktur als notwendige technische Grundlage des Systems, andererseits eine rechtliche und wirtschaftliche Struktur, welche die Vernetzung sämtlicher Akteure in juristischer, betriebswirtschaftlicher und politischer Hinsicht organisiert.

1.3.2 Der Begriff des Health Information Clearinghouse (HIC)

Mit dem Begriff des Health Information Clearinghouse (HIC) wird die Telematikinfrastruktur mit ihren dazugehörigen Karten als Zugangsschlüssel bezeichnet. In diesem Sinne bildet das HIC die zentrale Verbindungsstelle zwischen den Anspruchsgruppen die eine Gesundheitskarte benutzen. Es soll in zwei Bereiche gegliedert werden:

- Im ***operativen Bereich*** werden die eigentlichen Patientenprozesse behandelt (Arzt-Konsultation, Medikamentenbezug auf Rezept, Leistungsabrechnung über die Krankenversicherung, usw.).
- Im ***analytischen Bereich*** werden die Daten durch irreversible Transformation anonymisiert und stehen so Unternehmen, Universitäten oder ähnlichen Institutionen für die Forschung und zu Statistikzwecken zur Verfügung. Institutionen und Unternehmen haben so die Möglichkeit gegen Entrichtung einer Gebühr Daten zwecks Verwendung für Produkt-, Dienstleistungs- und Grundlagenforschung oder zu Statistikzwecken abfragen oder beziehen zu können.

Ob die Daten auf einem zentralen oder verschiedenen dezentralen Servern gespeichert sein sollen, kann im Rahmen dieser Studie noch nicht diskutiert werden.

Im vorliegenden Bericht wird der Begriff der Gesundheitskarte grundsätzlich synonym mit dem Begriff des Health Information Clearinghouses verwendet.

¹⁹ Vgl. dazu auch Schmid/Nagel, 2005, S. 2.

1.3.3 Der Begriff der Public Private Partnership (PPP)

1.3.3.1 Der Begriff der „Public Private Partnership“

Auf internationaler Ebene werden PPP-Modelle bereits seit einigen Jahren im Bereich staatlicher Projekte erfolgreich angewandt. Insbesondere im Gesundheitsbereich finden im nahen Ausland PPP-Modelle ihren Einsatz²⁰. Da es sich bei der PPP um eine neue Form der Zusammenarbeit zwischen Privatwirtschaft und der öffentlichen Hand handelt, existiert zumindest in der Schweiz jedoch noch kein gefestigter Begriff. Eine anerkannte Definition für diese neue Kooperationskultur ist daher in den nächsten Jahren aufgrund der in der Praxis umgesetzten Formen und unter einer breiten Beteiligung der Wissenschaft zu entwickeln²¹.

Trotzdem ist für die vorliegende Studie klarer zu fassen, was unter einer „PPP“ verstanden wird. Gemäss Bolz kann als PPP ein „neuer, auf partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit der Privatwirtschaft basierender Ansatz zur Effizienzsteigerung oder zur gemeinsamen Erfüllung komplexer öffentlicher Aufgaben“²² bezeichnet werden. Von dieser Umschreibung und den nachfolgenden, mehrheitlich ebenfalls auf Bolz gestützten Präzisierungen wird auch im Rahmen dieser Studie ausgegangen.

1.3.3.2 Sinn und Zweck einer PPP

Durch die Integration privatwirtschaftlicher Partner in öffentliche Projekte sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Beschaffung privater finanzieller Mittel als Entlastung der vermehrt knappen öffentlichen Mittel
- Effizienzsteigerung durch klare Vorgaben bezüglich Wirtschaftlichkeit durch den/die privaten Partner
- Beizug von Erfahrung und Wissen aus der Privatwirtschaft in Bezug auf die Bewältigung von komplexen Aufgaben

1.3.3.3 Voraussetzungen für ein erfolgreiches PPP-Modell

Die Erfahrungen mit PPP in den europäischen Ländern zeigen, dass vor allem folgende grundlegende Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung eines PPP-Modells erfüllt sein sollten²³:

- Verlässliche gesetzliche Rahmenbedingungen und strategische Strukturen für eine PPP sind vorhanden.
- Es ist genügend Investitionsinteresse auf Seite der Privatwirtschaft vorhanden.
- Die Finanzierbarkeit des Projektes ist sichergestellt.

²⁰ Bolz, 2006, Folie 16.

²¹ Vgl. dazu auch Bolz, 2005, S. 14.

²² Bolz, 2005, S. 14.

²³ Ridolfi, 2003, S. 77.

Im Weiteren gelten wie in anderen Projekten auch folgende Richtlinien für den Erfolg eines Projektes auf Basis einer PPP²⁴:

- Vereinbarung gemeinsamer Zielsetzungen und Rahmenbedingungen
- Definition eines gemeinsamen und akzeptierten Zeitplanes
- Entstehung einer gemeinsamen und partnerschaftlichen Projektkultur
- Einigung über das zu leistende finanzielle, personelle und ideelle Engagement
- Geeignete Leitung, die das Vorhaben prozessorientiert führt

1.3.3.4 PPP-Typen

Es wird grundsätzlich zwischen zwei verschiedenen PPP-Typen unterschieden²⁵:

- Beschaffungs-PPP
Dieser Typ stellt eine alternative Form des klassischen Beschaffungsverfahrens dar. Die öffentliche Hand tritt dabei als Besteller auf. Der private Partner ist der Hersteller und Betreiber einer Infrastruktur oder der Erbringer einer längerfristig ausgerichteten Dienstleistung.
- Aufgabenerfüllungs-PPP
Bei diesem Typ geht es um die gemeinsame Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe, die der Staat alleine nicht optimal bewältigen kann. Das gemeinsame Engagement steht hier im Vordergrund. Aufgrund des Knowhows und der Mitfinanzierung des privaten Partners verspricht diese PPP Vorteile in Bezug auf Zielerreichung, Effizienz und Effektivität. Diese PPP kann im Projektverlauf auch Beschaffungs-PPP ähnliche Charakteristiken erhalten, nämlich dann wenn es in einem Teilprojekt um die reine Dienstleistungserbringung durch einen privaten Partner geht.

1.3.3.5 PPP-Typus als Ausgangspunkt für die vorliegende Studie

Eine Aufgabenerfüllungs-PPP ist unseres Erachtens der geeignete PPP-Typ, da bei der Gesundheitskarte nicht die reine Beschaffung im Vordergrund steht, sondern vielmehr das Zusammenwirken sämtlicher Akteure im Gesundheitswesen.

Da es allerdings noch keine gefestigte Definition des Begriffes „PPP“ gibt und die Frage auch aufgrund der nationalen Unterschiede für jedes Land differenziert zu beantworten ist, bleibt die Definitionsfrage für die Problemlösung in der Praxis sekundär. Wesentlich ist lediglich, dass es sich bei der PPP um einen alternativen Problemlösungsansatz handelt, der über die bekannten Ansätze insofern hinausgeht, als dass staatliche Aufgaben durch partnerschaftliches Zusammenwirken mit Privaten erfüllt werden sollen²⁶.

Für die folgenden Ausführungen wird deshalb auch nicht zwischen Beschaffungs- und Aufgabenerfüllungs-PPP unterschieden. Ausgegangen wird jedoch, wie nachfolgend aufgezeigt wird, von einer PPP i.e.S.

²⁴ Bolz, 2005, S. 35.

²⁵ Bolz, 2005, S. 15.

²⁶ Bolz, 2005, S. 14 und 16.

1.3.3.6 PPP im engeren Sinn

Sowohl der Beschaffungs- wie der Aufgabenerfüllungs-PPP gemeinsam ist, dass sie als so genannte PPP i.e.S. verstanden werden. Sie unterscheiden sich damit von anderen partnerschaftlichen Zusammenarbeitsformen zwischen staatlichen und privaten Akteuren, die nicht die folgenden qualifizierten Merkmale einer PPP i.e.S. erfüllen²⁷:

- Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe
- Mindestens ein privater und ein öffentlicher Partner
- Bereitstellung einer wirtschaftlichen Leistung
- Verantwortungsgemeinschaft
- Bündelung von Ressourcen
- Risikoallokation
- Längerfristige, prozessorientierte Zusammenarbeit

1.3.3.7 Fazit

Die vorliegend untersuchte Form einer PPP für den Aufbau und den Betrieb eines Health Information Clearinghouses ist klar als PPP i.e.S. zu bezeichnen.

So handelt es sich bei der Einführung sowie beim Betrieb des im Folgenden beschriebenen Gesundheitskartensystems mit allen damit zusammenhängenden Facetten wie z.B. der Ausgabe der Gesundheitskarte an die Patienten etc. um einen Aspekt der Gesundheitsversorgung und damit um die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe. Ebenso ist eine Beteiligung der Kantone als öffentlicher Partner und verschiedener privater Unternehmen als privater Partner vorgesehen.

Auch soll die PPP wirtschaftliche Zielsetzungen erreichen indem die erbrachte Leistung nach klaren wirtschaftlichen Prinzipien festgestellt werden soll. Die geplante Kooperationskultur setzt eine Verantwortungsgemeinschaft voraus und durch das gemeinsame Einbringen von Kapital, Betriebsmitteln und Know-how sollen klar auch Ressourcen mit dem Ziel der Effizienzsteigerung gebündelt werden.

Schliesslich ist es für ein Funktionieren des Systems unabdingbar, jeden Partner nur die für ihn tragbaren Risiken übernehmen zu lassen, weshalb auch dem Aspekt der Risikoallokation Genüge getan ist. Eine längerfristige, prozessorientierte Zusammenarbeit ist schliesslich für die Erfüllung der zu erbringenden Aufgaben Voraussetzung.

²⁷ Vgl. dazu Bolz, 2005, S. 17.

1.4 Pilotprojekte

In der Schweiz gibt es zwei Pilotprojekte zum Thema der Gesundheitskarte, welche kurz dargestellt werden. Zudem wird das Projekt der Gesundheitskarte in Deutschland erwähnt.

1.4.1 Rete Sanitaria, Kanton Tessin²⁸

Am 8. November 2004 hat das Tessiner Gesundheitsdepartement den Pilotversuch mit elektronischen Gesundheitskarten in der Stadt Lugano gestartet. Die „Carta sanitaria“ wird an maximal 2'500 Personen im Raum Lugano verteilt. Beteiligt sind Ärzte in der Praxis, Apotheken, das öffentliche Akutspital, mehrere Privatkliniken, die Spitexorganisation sowie die Rettungsdienste. Die Vertreter der Krankenversicherungen haben in der ersten Phase aus rechtlichen Gründen des Datenschutzes nur einen Beobachterstatus. Auf der elektronischen Gesundheitskarte – einer mit einem Chip ausgerüsteten Smartcard – kann der Patient nicht nur administrative Daten sondern auch beispielsweise Daten wie Allergien, Blutgruppe, Organspendeausweis, Impfungen, eingenommene Medikamente sowie die wichtigsten Auszüge aus der eigenen Krankengeschichte speichern. Es gibt drei Sicherheitsstufen, wobei die 3. Stufe nur mit einem Pin-Code zugänglich ist. Es gibt eine Karte für die Patienten und eine Health Professional Card für die Fachleute. Die technischen Vorgaben entsprechen den europäischen Standards. Die erste Phase des Pilotversuches dauert bis Ende 2006. Bis zu diesem Datum soll dem Parlament ein Bericht vorliegen um über die Weiterführung des Projektes zu entscheiden (Phase II und III).

1.4.2 E-toile, Kanton Genf²⁹

Das Projekt basiert auf einer Entscheidung der Genfer Regierung. Für den Aufbau einer digitalen Krankengeschichte wurde die Stiftung IRIS gegründet. Alle Genfer und Genferinnen die sich beteiligen wollen, werden eine codierte Chipkarte erhalten, die ihnen und ihren Ärzten den Zugriff auf die individuelle, digitale Krankengeschichte ermöglicht. Das Projekt baut auf einer engen Zusammenarbeit zwischen dem Universitätsspital Genf (HUG) und den niedergelassenen Ärzten auf. Die Besonderheit von E-toile liegt in einer maximal dezentralen Datenspeicherung, so dass die für den einzelnen Patienten notwendigen medizinischen Informationen nur bei Bedarf zu einem Ganzen zusammengeführt werden. Partner dieses Netzes sind u.a. 450'000 Bürger, 1'400 Ärzte, 150 Apotheken, öffentliche Spitäler, 12 Privatkliniken.

1.4.3 Gesundheitskarte in Deutschland³⁰

In Deutschland wird ab diesem Jahr die elektronische Gesundheitskarte schrittweise eingeführt. Diese löst die bisherige Krankenversichertenkarte ab, welche 1994 implementiert wurde. Mit dieser Gesundheitskarte soll vor allem die Behandlungsqualität verbessert

²⁸ Rete sanitaria, 2006; Moser/Denz, 2004, S. 25.

²⁹ Moser/Denz, 2004, S. 25.

³⁰ Bundesministerium für Gesundheit, 2006; DIMDI, 2006a; gematik, 2006c.

werden. Die Karteninhaber haben die Möglichkeit ihre persönlichen Gesundheitsdaten mit der Karte zu verwalten und diese den Leistungserbringern zugänglich zu machen. Als erste Funktion dieser neuen Gesundheitskarte wird das elektronische Rezept (eRezept) angeboten.

Die Einführung dieser Karte geschieht schrittweise. Im Moment wird die Gesundheitskarte in acht Bundesländern getestet und soll danach in ganz Deutschland eingeführt werden.

Im Januar 2005 wurde von den Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens die gematik, Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, gegründet. Diese hat die Aufgabe der Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der Gesundheitskarte. Weiter ist sie für die nötige Infrastruktur als Basis für die Telematikanwendungen im Gesundheitswesen besorgt.

2 Methodik

Die vorliegende Machbarkeitsstudie wurde in drei Hauptteile gegliedert. Teil I bildet die Ansichten der wichtigsten Akteure des Schweizer Gesundheitswesens im Bezug auf die Versicherten- und Gesundheitskarte ab. Dieser Teil widerspiegelt dementsprechend die Meinungen der einzelnen Akteure und Institutionen. Im Teil II werden mögliche Modelle aus technischer und aus Sicht der Trägerschaft erläutert. Eine mögliche Trägerschaft stellt eine Public Private Partnership (PPP) dar. Teil III befasst sich mit den medizinischen, ethischen, ökonomischen und rechtlichen Aspekten eines Grossprojektes Gesundheitskarte. In diesen zwei letzten Teilen wird die heutige Lage in der Schweiz im Bezug auf die Versicherten- und Gesundheitskarte aus einer neutralen Sicht dargestellt. Diese Teile wurden von Fachpersonen aus der ZHW oder von der Partnerfirma anteo partners AG verfasst.

2.1 Befragung der heutigen Akteure im Gesundheitswesen (Teil I)

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat in einer ersten Anhörung im April 2005 die wichtigsten Akteure im Gesundheitswesen zu der Versichertenkarte und vier möglichen Modellen befragt. In diesem Projekt wurden nun einige dieser Organisationen und Behörden noch einmal zu einer möglichen Gesundheitskarte und deren Auswirkungen befragt.

Befragte Akteure:

- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern
- H+, Die Spitäler der Schweiz
- Politikvertreterin
- Santésuisse, Dachverband der Schweizer Krankenversicherer
- Schweizerischer Apothekerverband SAV und Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker Ofac
- Schweizerische Patienten-Organisation SPO
- Suva

Diese Akteure wurden anhand eines ihnen vorgängig zur Verfügung gestellten Interview-Leitfadens³¹ zu folgenden Punkten befragt:

- Bisherige Aktivitäten der Institution im Bereich Gesundheitskarte/eHealth
- Kontakte mit anderen Akteuren in diesem Bereich
- Möglicher Nutzen für die Institution
- Allfällige Hürden für die Institution, die Umsetzung generell und mögliche Lösungen

³¹ Vgl. Interview-Leitfaden Gesundheitskarte im Anhang.

-
- Die Akzeptanz innerhalb der Institution im Bezug auf eine Gesundheitskarte
 - Die Rolle der Institution bei der Umsetzung und Einführung einer Gesundheitskarte
 - Mögliche nächste Schritte für eine Einführung
 - Mögliche Lösungen für eine Trägerschaft

Die daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden in einer Tabelle zur besseren Übersicht zusammengefasst und näher erläutert.

2.2 Mögliche Modelle zu Technik und Trägerschaft (Teil II)

Für den technischen Teil bestand die Erarbeitung der Ausgangslage hauptsächlich aus intensiver Internetrecherche. Hierbei wurden sowohl nationale Projekte als auch ausländische betrachtet. Aufgrund dieser Grundlageneinformationen und mittels der Studie von Debold & Lux³² wurde ein "Request for Information" an verschiedene Schweizer Technologie- und Dienstleistungsanbieter gesandt. Einige dieser Anbieter haben in Form eines kurzen Berichtes oder einer Präsentation geantwortet, mit anderen wurden Gespräche geführt. Die grosse Menge an Information, die so zusammenkam, wurde für den Bericht zusammengefasst und strukturiert.

Eine Public Private Partnership als mögliche Form einer Trägerschaft wurde mittels Literaturanalyse, Vergleichen mit anderen Grossprojekten und Inputs von Kennern der PPP formuliert.

2.3 Medizinische, ethische, ökonomische und rechtliche Aspekte (Teil III)

Die medizinischen Aspekte basieren auf Aussagen der einzelnen Akteure in den Interviews, einem Gespräch mit Dr. med. Ignazio Cassis, Kantonsarzt Tessin und Leiter des Pilotprojektes Rete sanitaria und auf bestehender Literatur.

Die ethischen Aspekte wurden mittels eines Interviews mit zwei Personen aus dem Institut Dialog Ethik in Zürich verfasst.

Die ökonomischen Tatbestände wurden anhand bestehender Literatur zusammengetragen. Einzelne Aussagen aus den Interviews wurden eingebunden und falls nötig durch Literatursuche und -analyse konkretisiert. Durch die dürftige Datenlage und die unterschiedlichen beleuchteten Systeme konnte ein Quervergleich von verschiedenen Lösungen im In- und Ausland nur am Rande durchgeführt werden.

Der Abschnitt zu den rechtlichen Rahmenbedingungen wurde nach den anerkannten Regeln des juristischen Arbeitens, unter Berücksichtigung der herrschenden Lehre sowie der massgebenden Rechtsprechung verfasst.

³² Debold & Lux, 2005.

2.4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Erkenntnisse aus den Befragungen, der Analyse von Literatur, Internetrecherchen und Besuchen von Kongressen und Tagungen wurden zusammengefasst. Daraus wurden Empfehlungen für die nächsten Schritte des Grossprojektes Health Information Clearinghouse formuliert.

TEIL I: DIE GESUNDHEITSKARTE AUS SICHT DER HEUTIGEN SCHWEIZER AKTEURE IM GESUNDHEITSWESEN

3 Die verschiedenen Perspektiven

Dr. med. Philip Strasser; Eliane Kreuzer, Betriebsökonomin FH

Nachfolgend sind die Aussagen der einzelnen heutigen Akteure in alphabetischer Reihenfolge ausformuliert.

3.1 Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH

Gespräch mit Dr. med. Georg von Below vom 18. Januar 2006 sowie Bezug auf die Stellungnahme der FMH zur Versichertenkarte zuhanden des BAG³³

Die FMH stellt heute für ihre Mitglieder einen Ausweis in Kartenform aus. Diese Karte hat als solche noch keine Funktion im Hinblick auf eine allfällige Gesundheitskarte oder eHealth-Anwendung. Die HIN-Plattform (Health Info Net) ermöglicht den Nutzern eine datenschutzkonforme elektronische Kommunikation und Datentransfer. Momentan hat das HIN rund 12'000 Mitglieder.

Alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen sollen gemäss FMH eine rollenbasierte digitale Identität erhalten. Dazu soll eine Health Professional Card (HPC) für alle Ärzte, auch für Nichtmitglieder, ausgestellt werden. Die Herstellung, den Vertrieb, den Unterhalt sowie auch die Finanzierung beabsichtigt die FMH zu übernehmen. Die HPC für die übrigen Health Professionals (z.B. Apotheker, Physiotherapeuten) sollen von einer anderen Organisation vertrieben werden, idealerweise von deren Verbänden oder Berufsgruppen.

Eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren ist für die FMH sehr wichtig. Im HIN-Netzwerk kooperiert sie bereits mit der Ofac, der Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker. Eine solche Zusammenarbeit muss bei der Einführung der Gesundheitskarte unter sämtlichen Akteuren im Gesundheitswesen funktionieren und eine Interoperabilität für einen strukturierten Datenaustausch gewährleisten. Insellösungen sollen vermieden werden.

Die FMH sieht den Nutzen für ihre Mitglieder vor allem in der Prozessverbesserung, in der Vermeidung von Brüchen in der Behandlungslinie und in der Sicherstellung und Standardisierung der Patientendaten (minimal clinical data set). Durch eine einheitliche und klare Identifikation der Patienten kann die elektronische Krankengeschichte eindeutig und unverwechselbar angelegt werden. Diese Standardisierung lohnt sich insbesondere bei bestimmten Segmenten von Patienten (z.B. chronisch Kranke mit mehreren behandelnden Institutionen und Ärzten). Die Arzneimitteldokumentation und –sicherheit soll mit einem obligatorischen eRezept verbessert werden, diese Möglichkeit könnte via HIN-Plattform aus Sicht der FMH schnell realisiert werden. Wenig Evidenz wird bezüglich des

³³ FMH, 2005; Schmid/Nagel, 2005.

Patient-Empowerment vermutet. Die Datenhoheit soll aber beim Patienten liegen, da ihm alleine seine Daten gehören. Er darf nicht gezwungen werden, diese z.B. im Rahmen einer Stellenbewerbung offen zu legen.

Um den Nutzen einer Gesundheitskarte zu erreichen, müssen entsprechende Investitionen getätigt werden, vor allem in der Bereitstellung der notwendigen Infrastruktur und im Bereich der Schulung der das System bedienenden Personen. Dieser grosse Aufwand der Ärzte und Praxen muss abgegolten oder zumindest Unterstützung geboten werden. Bis heute werden Personalcomputer in den Arztpraxen meist nur zur Administration eingesetzt und lediglich 10% der Praxen nutzen bereits eine elektronische Krankengeschichte im Sprechzimmer.

Eine Digitalisierung der vorhandenen Krankengeschichte zur Integration in eine lebenslange Patientengeschichte stellt einen kaum abschätzbaren Aufwand für die Ärzte dar. Die Vorstellung, anderen Leistungserbringern direkte Einsicht in die Unterlagen, Notizen und Behandlungsmodalitäten zu gewähren, stösst bei den Ärzten auf Skepsis. Dies kann aus Sicht der FMH insbesondere bei der Vorstellung eines Benchmarkings zu Unwillen der Ärzte führen.

Heute nehmen erst wenige Praxen statistische Auswertungen ihres Patientenstammes vor. So kann zum Beispiel kaum eine Praxis verlässlich sagen, wie viele Grippeimpfungen sie vorgenommen hat ohne die Bestellungen und den Lagerbestand zu kontrollieren. Mit einer elektronischen Erfassung aller Krankengeschichten könnten solche und weitere Fragen rasch geklärt werden.

Eine Anonymisierung der durch die elektronische Krankengeschichte gewonnenen Daten wäre sicherlich sinnvoll, doch kann diese nicht von den Ärzten respektive der FMH vorgenommen werden. Die FMH verlangt, solche anonymisierte Daten für ihre Zwecke kostenlos nutzen zu können. Drittakteuren wie zum Beispiel Pharmafirmen soll eine Nutzung der Daten verrechnet werden.

Die grössten Hürden sieht die FMH in der Akzeptanz, der Umsetzung und der Finanzierung. Die einzige Möglichkeit der Einführung einer solchen Gesundheitskarte bietet für die FMH eine schweizweite Lösung. Föderalistische regionale Lösungen führen im Endeffekt nicht zum gewünschten Ziel. Diesbezüglich müssen Rahmenbedingungen definiert werden. Um die Akzeptanz zu fördern braucht es zudem eine klare Datensicherheit, die Lücken im Datenschutz müssen geschlossen werden. Dies muss in einem umfassenden Konzept und den entsprechenden gesetzlichen Richtlinien geregelt sein und allen Beteiligten, sowohl den Ärzten als auch den Patienten klar kommuniziert werden.

Bei der Einführung der Gesundheitskarte müssen die Patienten umfassend über diese Erneuerung und die damit verbundenen Änderungen und Erweiterungen informiert werden. Am naheliegendsten wird diese Aufgabe von den Ärzten übernommen. Für diese zusätzliche Aufgabe verlangt die Ärzteschaft eine finanzielle Vergütung.

Das Thema Gesundheitskarte löst unter anderem bei den Ärzten eine grosse Kontroverse aus. Um dieser entgegenzuwirken ist eine frühe Diskussion mit und eine Anhörung von allen Akteuren unumgänglich. Für eine solche Abklärung, deren Interpretation, die entstehenden Diskussionen und Argumentationen muss eine Institution klar den Lead übernehmen. Laut FMH soll diese Leaderposition beim Bund, genauer beim BAG, liegen. Wei-

ter soll der Bund eine koordinierende Rolle übernehmen im Hinblick auf die Rahmenbedingungen und die Systemprozesse und –funktionalitäten.

Die Ärzte sind gemäss FMH nicht direkt in eine Trägerschaft der Gesundheitskarte einzubeziehen, sollen aber bei deren Konzeption von Beginn an eine tragende Rolle spielen.

Die FMH weist in ihrer Stellungnahme zur Versichertenkarte darauf hin, dass eine Gesamtstrategie eHealth Schweiz noch nicht vorliegt. Dies macht es schwierig, die Massnahmen, Kosten und Aufwände einer Versicherten- und später einer Gesundheitskarte für die einzelnen Akteure abzuschätzen. Sie betont noch einmal, dass die Ärzteschaft frühzeitig in weitere Projekte einbezogen werden muss und dass eine zentrale Stelle, idealerweise der Bund, die Projektleitung übernimmt und die eHealth-Bestrebungen vorantreibt.

3.2 Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK)

Schriftliche Stellungnahme von Herrn Daniel Finsterwald, Zentralsekretariat GDK

Die GDK als Dachkonferenz der Kantone befürwortet ausdrücklich die Förderung von Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT) im Gesundheitswesen und unterstützt auch das Ziel, eine schweizweite Gesundheitskarte einzuführen. Sie hat bereits vor einem Jahr dem Bund die Erarbeitung einer nationalen eHealth-Strategie vorgeschlagen. Der Bundesrat ist diesem Vorschlag nun mit der Aktualisierung seiner Strategie für eine Informationsgesellschaft Schweiz entgegengekommen und lancierte Mitte Februar 2006 eine gemeinsame Projektorganisation Bund - GDK, welche zum Ziel hat, bis Ende 2006 eine nationale eHealth-Strategie mit einem konkreten Aktionsplan auszuarbeiten. Die GDK wird sowohl auf der Entscheid- wie auf der operativen Ebene personell einbezogen sein und sieht diesen Arbeiten mit grossem Interesse entgegen. Ausserdem ist zu erwähnen, dass sich Kantonsvertreter in der Begleitgruppe zur Versichertenkarte des Bundes (gemäss 42a KVG) befinden und die GDK in regelmässigen Abständen zu diesen Arbeiten Stellung nimmt.

Die GDK pflegt Kontakt mit dem Bund (BAG) und auch mit den relevanten Verbänden (santésuisse, FMH, H+ etc.) sei es bilateral, an Fachtagungen oder anderweitig.

Für die Kantone kann eine Gesundheitskarte folgende Nutzen mit sich bringen: Erhöhung der Versorgungsqualität (z.B. dank Knowledge-Sharing) und der Effizienz (z.B. weniger Doppeluntersuchungen) und (hoffentlich) eine verbesserte Zusammenarbeit unter den Leistungserbringern. Die Karte birgt aber auch gewisse Risiken: Kostenintensive Startinvestitionen, technische Probleme, mangelnde Nutzung und Widerstand der Leistungserbringer, rechtliche Schwierigkeiten wegen Datenschutzbestimmungen. Diese Punkte gilt es ernst zu nehmen, auch wenn die GDK überzeugt ist, dass sie grundsätzlich lösbar sind.

Die Idee eines Health Information Clearinghouses als zentrale Datensammelstelle für Gesundheitsdaten (Diagnosen, Therapien, Medikation, usw.) müsste genauer beschrieben werden, um fundiert kommentiert zu werden. Es ist aber in der Tat so, dass die jetzige Lage der Gesundheitsstatistiken in der Schweiz nicht besonders löblich ist und hier die technischen Neuerungen sicherlich Verbesserungen versprechen können. Die Idee eines von einer Gesundheitskarte gespeisten zentralen Clearinghouses stimmt aber zuerst einmal skeptisch, denn eine solche Datenbank wäre:

- sehr teuer im Aufbau und Unterhalt
- datenschutzrechtlich problematisch
- fraglich bezüglich Qualität und Aussagekraft der Daten
- technisch mit grossen Schwierigkeiten verbunden

Bessere Daten bezüglich Morbidität der Bevölkerung wären sicherlich von grossem Nutzen für die Planung und Sicherstellung der Gesundheitsversorgung durch die Kantone. Es ist aber fraglich, ob dies über eine Gesundheitskarte geschehen muss.

Bezüglich Hürden kommt es sehr auf die konkrete Ausgestaltung dieser Karte an. Zuerst benötigt es eine gesetzliche Grundlage. Je nach dem müssen auch die nationalen oder kantonalen Datenschutzgesetze angepasst werden. Es braucht eine Regelung für die Investitionen in Hard- und Software. Auf der politisch-kulturellen Ebene braucht es sicherlich noch einiges an Überzeugungskraft und ein klar durchdachtes Konzept, um den Bedenken – seien sie berechtigt oder nicht – zu entgegnen. Auf der institutionellen Ebene braucht es eine Regelung bzw. Zusammenarbeit auf interkantonaler oder gar nationaler Ebene, damit keine Insellösungen entstehen.

Die Akzeptanz für eine Gesundheitskarte ist in der GDK, wie gesagt, grundsätzlich gegeben. Es stellen sich jedoch noch einige Fragen bezüglich Kosten, Datenschutz, Rolle der öffentlichen Hand usw. Das Bundesparlament konnte sich nur mit Mühe und nach langen Diskussionen auf den Artikel 42a KVG für die (bescheidene) Versichertenkarte mit optionalen Notfalldaten einigen. Man darf also nicht darauf setzen, bereits sehr kurzfristig eine Bundeslösung für eine Gesundheitskarte zu haben.

Was die Akzeptanz in der Bevölkerung betrifft, so ist sie relativ schwer abzuschätzen. Umfragen können hier kaum behilflich sein, denn je nachdem wie die Frage gestellt ist, werden die Antworten anders ausfallen. Ganz wichtig scheint der GDK, dass eine solche Gesundheitskarte von Anfang an das Vertrauen der Bevölkerung gewinnen kann. Ist dies der Fall, werden die Menschen schnell die Vorteile dieser Karte erkennen und schätzen lernen trotz gewisser Risiken (so geschehen bei der Kreditkarte, beim Einkaufen im Internet usw.)

Die GDK denkt, dass sie mit der Erarbeitung einer nationalen eHealth-Strategie und der Durchführung von Pilotprojekten in verschiedenen Kantonen die Akzeptanz in der Bevölkerung deutlich erhöhen kann. Die Beteiligten (Patienten und Leistungserbringer) sollen selber die Erfahrung machen, welchen Nutzen sie daraus ziehen können. Die Begeisterung über eine Gesundheitskarte ist im Moment vor allem bei den Leistungserbringern (und den Versicherern) eher gering. Hier gilt es noch Überzeugungsarbeit zu leisten.

Ihre Rolle sieht die GDK auf strategischer Ebene in der Konsensfindung unter den Kantonen, in der Förderung der interkantonalen Zusammenarbeit und als Ansprechpartner für den Bund (für nationale eHealth-Strategie, für Einführung der Versichertenkarte usw.). Des Weiteren sieht sie ihre Rolle in der Förderung und der Vernetzung von kantonalen Pilotprojekten. Auf dieser Rechtssetzungsebene gibt es die Möglichkeit der interkantonalen Vereinbarung. Dieser Weg dürfte jedoch ziemlich beschwerlich sein.

Die GDK wird sich dafür einsetzen, dass die nationale eHealth-Strategie eine klare Zieldefinition und einen konkreten Aktionsplan enthält. Sie wird sich für die Durchführung weiterer Pilotprojekte stark machen (neben Genf und Tessin). Sie ist sich jedoch bewusst, dass die öffentliche Hand auf eine starke Partnerschaft mit der IT-Industrie angewiesen ist, im Sinne einer Public Private Partnership. Selbstverständlich müssen auch die Leistungserbringer-Verbände in die Ausgestaltung der Projekte gebührend einbezogen werden.

Auf Bundesebene steht im Moment die Einführung der Versichertenkarte nach Art. 42a KVG im Vordergrund. In einem ersten Schritt wird zu klären sein, wie diese Karte für wei-

tergehende Pilotprojekte in den Kantonen genutzt werden kann, damit wertvolle Erfahrungen gesammelt werden können, bis die Versichertenkarte von einer umfassenden Gesundheitskarte abgelöst wird. Die Pilotprojekte müssen so angelegt sein, dass sie zu keinen Insellösungen führen, sondern sich in eine nationale eHealth-Strategie einbetten lassen. Die kantonsüberschreitenden Patientenströme und die interkantonale Zusammenarbeit sollen dadurch nämlich nicht behindert werden.

Die öffentliche Hand muss die Strategie bestimmen und die rechtlichen Rahmenbedingungen schaffen. Für die operative Umsetzung sind hingegen verschiedene Trägerschafts-Modelle denkbar. Die Tarifpartner (Leistungserbringer-Verbände und Versicherer) stehen sicherlich im Vordergrund, wie in Deutschland mit der gematik (Gesellschaft für Telematik-Anwendungen der Gesundheitskarte mbH) für die Umsetzung der deutschen Gesundheitskarte. Eine Beteiligung der Kantone ist allenfalls denkbar. Der Bund hat hingegen – nicht zuletzt aufgrund seiner beschränkten Kompetenzen im Gesundheitsbereich – bis jetzt kein Interesse an der Trägerschaft einer solchen Karte gemeldet. Im Falle einer Public Private Partnership müsste die IT-Industrie für die konzeptionelle Umsetzung angemessen einbezogen sein.

Der Aufbau einer Public Private Partnership mit der IT-Industrie ist in der Tat eine wichtige Voraussetzung für die Implementierung von eHealth-Vorhaben, insbesondere was die Gesundheitskarte betrifft. Von der IT-Industrie könnten auf diese Art Vorinvestitionen verlangt werden, welche dann über die Benutzungseinnahmen wiedereingespielt werden können. Die Modalitäten dieser Vorgehensweise und die genaue Form der Zusammenarbeit mit der IT-Industrie müssten vertraglich vereinbart werden. Für die Trägerschaft einer Gesundheitskarte stehen nach Erachten der GDK jedoch, wie erwähnt, die Tarifpartner im Vordergrund.

3.3 Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern

Gespräch mit Dr. Markus Dürr, Herr Hans-Peter Bättig und Herr Hanspeter Vogler vom 9. Februar 2006

Herr Dürr vertritt im nachfolgend ausgeführten Gespräch seine persönliche Meinung als Vorsteher des Gesundheits- und Sozialdepartements des Kantons Luzern. Seine Rolle als Präsident der GDK ist in dem Interview nicht zentral. Die Antworten sind mit dem GDK-Vorstand und den übrigen Kantonen nicht abgesprochen.

Der Kanton Luzern hat schon vor etlichen Jahren das Thema eHealth als wichtig erkannt und versucht, zusammen mit verschiedenen Anbietern und Leistungserbringern, ein Pilotprojekt zu starten. Dies ist leider aufgrund mangelnder Finanzierung gescheitert. Dieses Projekt wurde vorerst auf die Seite gestellt. Inzwischen führen die Kantone Genf und Tessin einen Pilot durch und die Gesundheitskarte ist ein ständiges Thema bei den Gesprächen der GDK zusammen mit dem Bund im Rahmen der nationalen Gesundheitspolitik.

Der Kanton Luzern schafft gegenwärtig Voraussetzungen für eine bessere Vernetzung der Informatik und sammelt erste Erfahrungen mit eHealth. Seit mehreren Jahren steht beispielsweise die Kommunikationsplattform HAKOM im Einsatz. HAKOM heisst Hausärztekommunikation und ist eine Initiative der Luzerner Spitäler. Ziel ist es, die modernen, elektronischen Kommunikationsmittel für den schnellen, jedoch vertraulichen Informationsaustausch im Gesundheitswesen zu nutzen. Entstanden ist daraus eine Internetplattform, welche die sichere Übermittlung von besonders schützenswerten Daten zwischen frei praktizierenden Ärzten und Spitalern unterstützt.

Seit 2001 werden an den Kantonalen Spitalern Berichte aus dem Klinikinformationssystem den behandelnden bzw., einweisenden Ärzten elektronisch zur Verfügung gestellt. Zudem können Hausärzte mit dieser Plattform mit dem Spital und unter ihresgleichen kommunizieren und Patienten elektronisch anmelden.

Zurzeit wird ein konsequenter Weiterausbau mit Integration in die bei den Ärzten weit verbreitete Kommunikationsplattform HIN (Health Info Net) geplant.

Weiter wird gegenwärtig in allen Luzerner Spitalern ein einheitliches KIS (Klinik-Informationssystem) eingeführt. Zudem evaluiert der Kanton Luzern zurzeit ein RIS (Radiologie-Informationssystem) und ein PACS (Picture Archiving and Communication System). Auch in der Teleradiologie besteht eine Zusammenarbeit mit verschiedenen Spitalern der umliegenden Kantone.

Damit schafft Luzern Basisvoraussetzungen auch für spätere Gesundheitskarten-Vorhaben. Beispielsweise zusammen mit den Kantonen Ob- und Nidwalden, welche in einem Spitalverbund sind. Durch diese Zentralschweizer Zusammenarbeit bietet sich somit eine ideale Testregion in der Deutschschweiz. Herr Dürr sieht die Schweiz mit ihren Kantonen als ideales Labor für ein späteres nationales Projekt und daher auch die Berechtigung und den Nutzen eines möglichen Deutschschweizer Pilotprojektes. Denkbar wäre, dass bei-

spielsweise auch der Kanton St. Gallen bei diesem Pilotprojekt mitmacht, auch hier bestehen bereits Kontakte. Unabhängig von einem allfälligen Pilotprojekt haben auch mit technischen Anbietern bereits verschiedene Kontakte stattgefunden.

In einem nächsten Schritt müssen der Bund und die Kantone gemeinsam eine Strategie definieren und auch aufzeigen, welche Schnittstellen / Standards zwingend erlassen werden müssen, damit neue Vorhaben erfolgreich an die Hand genommen werden können. Ein erster Schritt ist gemacht. Der Bundesrat hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) mit der Ausarbeitung einer nationalen eHealth-Strategie beauftragt. Die Kantone sind darin aktiv vertreten.

Regierungsrat Dürr sieht den Nutzen einer Gesundheitskarte insbesondere aus Patientensicht (z.B. Vermeidung von unerwünschten Interaktionen von verordneten Medikamenten), auf administrativer und auf qualitativer Ebene (z.B. Vermeidung von Mehrfachbefragungen und -untersuchungen). Eine umfassende Datenverfügbarkeit kann im Notfall lebensrettend sein. Die Behandlung von Patienten wird generell vereinfacht und qualitativ verbessert, weil jeder Arzt alle notwendigen Daten sehr schnell in jeder Situation zur Verfügung hat.

Mit den anonymisierten Daten könnten später auch sichere Statistiken mit einem viel geringeren Aufwand als heute erstellt werden. Die dafür heute zur Verfügung stehenden Daten haben häufig keine hohe Qualität, weil diese heute kaum Folgen hat für die Leistungserbringer.

Eine rückwirkende Eingabe aller Daten in die elektronische Krankengeschichte ist kaum realistisch, laufende und aktuelle Diagnosen und Behandlungen müssten aber sofort erfasst werden. Die elektronische Krankengeschichte muss auch so aufgebaut sein, dass alle wichtigen und relevanten Daten auf einen Blick sichtbar werden

Allfällige (aber nicht unüberwindbare) Hürden sieht Herr Dürr bei der Finanzierung, der möglichen Angst einer Unterwanderung des Datenschutzes, beim fehlenden nationalen Konsens und bei der neuen und ungewohnten Arbeitsweise und Kultur im Zusammenhang mit einer Gesundheitskarte. Insbesondere Ärzte benutzen laut Herr Dürr heute noch selten die elektronischen Möglichkeiten und für diese ist eine Umstellung auf die elektronische Krankengeschichte ein grosser Schritt.

Die mögliche Abwehrhaltung gegenüber der elektronischen Krankengeschichte kann sowohl bei den Ärzten als auch bei den Patienten über finanzielle Anreize und Aufklärung vermindert werden. Den Ärzten könnten beispielsweise bei der Anwendung mit der elektronischen Krankengeschichte höhere Taxpunktswerte verrechnet oder sonstige finanzielle Entgelte gegeben werden. Die Patienten können mit tieferen Krankenkassenprämien oder sonstigen Verbilligungen zum Gebrauch der Gesundheitskarte animiert werden. Vor allem aber gilt es, die grossen Vorteile, insbesondere bei der Behandlungsqualität, hervorzuheben.

Die Akzeptanz muss vor allem auf Patientenseite und weniger über die technischen Anwendungsmöglichkeiten erhöht werden, sind wir doch alle bereits gewohnt mit Karten umzugehen (z.B. Kreditkarten, ec-Karten etc.). Es ist wichtig, zur Erhöhung der Akzeptanz mit einem einsichtigen Kommunikationskonzept aufzutreten. Hierbei müssen überzeugte Anwender gewonnen werden, Zudem muss das System kontrollierbar sein. Die Zugriffsrechte müssen klar und Zugriffe lückenlos protokolliert werden. Der Datenschutz wird gerne als Gegenargument vorgeschoben, es ist aber zu betonen, dass die heutige

Situation im Umgang mit medizinischen Daten sicher nicht weniger bedenklich ist und dass die aktuellen Bemühungen für datenschutzrechtliche Standards sogar eine klare Verbesserung erwarten lassen.

Die Gesundheit ist eine öffentliche Aufgabe, deshalb besteht für die Leistungserbringer diesbezüglich auch eine Pflicht und Schuldigkeit. Es ist wichtig für das Projekt Gesundheitskarte, dass die einzelnen Akteure im Gesundheitswesen am selben Strick ziehen. Die Rolle des BAG besteht darin, die gesetzlichen Grundlagen, insbesondere das KVG, auf die neue Situation anzupassen. Auch die Versicherer werden in den Prozess miteinbezogen. Diesen soll vor allem die Aufgabe als Clearingstelle zuteil kommen und sie sollen einen Teil mitfinanzieren. Bezahlen werden es letztlich immer die Bürger, nämlich als Steuer- oder Prämienzahler. Sie sind es aber laut Herrn Dürr auch, die am meisten davon profitieren.

Als mögliche Trägerschaft sieht Regierungsrat Dürr eine Public Private Partnership. Er sieht die ideale Lösung darin, dass die öffentliche Hand die Bedingungen und Vorgaben definiert und anschliessend die Industriepartner die benötigten Investitionsmittel an das Projekt vorschiesen. Mit Gebühren könnten sie dann beispielsweise die Investitionen wieder refinanzieren.

Gemäss Herr Dürr muss der Impuls für die Gesundheitskarte vom Bund und den Kantonen gemeinsam kommen. Der Patient muss bei diesem grossen Projekt im Mittelpunkt stehen. Die Patientenorganisationen müssen hinter dem Projekt stehen und dies auch so kommunizieren. Bei den Ärzten ist sicherlich Basis- und Überzeugungsarbeit zu leisten. Eine Vorreiterrolle der Schweiz bei der Gesundheitskarte ist nicht mehr möglich, sind doch einige Nachbarländer bereits viel weiter bei deren Projekten. Allerdings muss die Schweiz von diesen Projekten lernen und mögliche Fehler und Probleme bereits bei der Konzipierung beachten. Weiter braucht es wahrscheinlich eine Zusammenarbeit der Technologieanbieter analog einer Arbeitsgemeinschaft (ARGE). Es ist ganz wichtig, dass für ein solch grosses Projekt auf allen Ebenen des Gesundheitswesens mitgearbeitet und Überzeugungsarbeit geleistet wird.

3.4 H+

Gespräch mit Dr. Bernhard Wegmüller, Dr. Simon Hölzer, Martin Bienlein und Reinhard Voegele vom 31. Januar 2006³⁴

Der Verband H+, Die Spitäler der Schweiz, unterstützt die Spitäler und Heime im gegenwärtigen Strukturwandel. Er vertritt rund 400 Spitäler und Heime als Aktiv- und rund 250 Institutionen, Firmen und Personen als Partnerschaftsmitglieder in gesundheits- und bildungspolitischen Belangen.

Der Verband H+ beschäftigt sich mit Fragen bezüglich eHealth, Versicherten- und Gesundheitskarte innerhalb der Expertengruppe des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Eine genaue interne Abklärung der Meinungen und Bedürfnisse bei den Mitgliedern wurde bis anhin noch nicht durchgeführt.

H+ ist interessiert an Instrumenten im Gesundheitswesen, die für mehr Effizienz und Transparenz sorgen. Die heutige Intransparenz bezüglich Finanzströmen und Daten (Leistungsabrechnung, Doppelspurigkeiten etc.) muss verbessert werden. So hat H+ ein Finanzierungsmodell für Gesundheitsleistungen im Sinne einer paritätischen Stelle für Zahlungsausgleich (SZA) in die politische Diskussion eingebracht. Träger dieser paritätischen Stelle sind die Kantone, Versicherer und alle Leistungserbringer, sprich Spitäler, Ärzte und nichtärztliche Leistungsanbieter. Der Bund würde dabei die Funktion einer subsidiären Instanz und das BAG die der Aufsichtsbehörde übernehmen.

Die paritätische Stelle für Zahlungsausgleich (SZA) soll grösstenteils elektronisch, im Sinne einer Clearing-Stelle, die Rechnungen und die medizinischen Daten verarbeiten. Es soll ein gemeinsam getragener und anerkannter Pool von Kostendaten und medizinischen Daten der obligatorischen Krankenversicherung entstehen. Damit werden Daten überprüfbar, Leistungen vergleichbar und Finanzströme transparent gemacht. Die SZA würde die anonymisierten medizinischen Daten (ca. 50 Parameter) kantonalen und Bundesämtern gemäss Vereinbarungen zur Verfügung stellen.

H+ steht mit Technologie-Anbietern in Kontakt, konkrete Lösungen liegen jedoch noch nicht vor. Aus technischer Sicht ist das Vorhaben realisierbar, die Rahmenbedingungen stehen und es soll die bestehende Infrastruktur genutzt werden. Die Idee muss nun auf politischer Ebene diskutiert werden, zusammen mit der Klärung von Fragen der Akzeptanz und Fragen des Zugriffes auf die Daten aus Sicht des Datenschutzes. Die Clearing-Stelle könnte ein wichtiger Baustein im System einer Gesundheitskarte sein.

Bezüglich Nutzen einer Versichertenkarte im Vergleich zu einer Gesundheitskarte gibt es bei H+ unterschiedliche Stimmen. Eine Versichertenkarte vereinfacht administrative Prozesse für die Kostenträger. Für medizinische Leistungserbringer entsteht kein grosser Nutzen.

Der praktische Nutzen eines Notfalldatensatzes wird teilweise überschätzt. So nützt z.B.

³⁴ H+, 2005.

die Information über die Blutgruppe wenig, da in unserem Gesundheitssystem vor jeder Bluttransfusion routinemässig eine Blutgruppen-Bestimmung erfolgt.

Die Gesundheitskarte selber lässt durch standardisierte Prozesse und Regelung der Datenweitergabe eine weitere Vereinfachung erwarten, insbesondere was die heutigen Medienbrüche anbelangt. Zudem könnten Doppeluntersuchungen vermieden werden und Ärzte könnten durch eine Verkürzung der Anamnesegespräche Arbeitszeit einsparen.

Der Patient muss laut H+ die Möglichkeit haben, frei zu entscheiden, ob er Daten auf der Karte respektive auf einem Server speichern möchte. Mit verschiedenen Zugriffsrechten sollen die Daten geschützt werden. Im Vergleich zur heutigen Situation, wo ein Missbrauch der Daten auch möglich ist und z.B. vertrauliche medizinische Akten statt durch den Vertrauensarzt durch nicht autorisierte Personen eingesehen werden, ist mit entsprechenden Rahmenbedingungen eine Verbesserung zu erwarten. Eine Verpflichtung der Patienten, ihre Daten via Karte zugänglich zu machen, ist anfänglich aus Akzeptanzgründen zu vermeiden, kann aber im späteren Verlauf diskutiert werden (Notfalldaten, medizinische Basisdaten).

Die Einführung einer Gesundheitskarte kann eine Effizienzsteigerung verschiedener Prozesse mit sich bringen. Ob der daraus resultierende Nutzen grösser als das Einsparpotential ist, wird in Frage gestellt. Eine Versicherten- oder Gesundheitskarte muss in eine gesamte eHealth-Strategie eingebettet sein, sonst ist der Mehrwert fraglich.

H+ sieht jedoch grossen Nutzen in der Verfügbarkeit von medizinischen Daten in anonymisierter Form für Analysen. Institutionsbezogene Daten können so z.B. für ein Benchmarking verwendet werden.

Aus Sicht der Spitäler und Institutionen ist primär eine Vereinfachung der Prozesse (z.B. Datentransfer) ein grosses Anliegen. Bezüglich Einführung einer Gesundheitskarte liegt noch kein umfassendes Bild vor, die Kosten-Nutzen-Frage für die Spitäler und die Finanzierung der notwendigen Investitionen sind noch nicht geklärt. Die Spitäler sind nicht bereit, die grossen Investitionen für die Versichertenkarte zu tätigen, wenn diese den Ansprüchen für eine spätere Gesundheitskarte nicht genügen.

Trotzdem sind die Spitäler zum Zweck der Transparenz eher bereit, ein so komplexes System wie die Gesundheitskarte einzuführen. Es ist anzumerken, dass die meisten Daten aus den Spitälern herausfliessen, daher sollten diese sinnvoll koordiniert werden. Die beteiligten Partner müssen im Rahmen des Gesetzes festlegen, welche Daten wie und wohin weitergeleitet werden. Von Seiten der anderen Akteure wie z.B. der Ärzteschaft werden eher Widerstände und Meinungsverschiedenheiten erwartet.

Aus Sicht von H+ sollte das weitere Vorgehen aus Gründen der Akzeptanz und Komplexität schrittweise erfolgen. Primär sollte geschaut werden, wie sich die Versichertenkarte etabliert und dann müssen aus den Resultaten die entsprechenden Schlüsse gezogen werden. Des Weiteren muss mehr Transparenz über die heutige Situation als Ausgangslage geschaffen werden. Ein nächstes Ziel ist die Erarbeitung der juristischen Rahmenbedingungen und weiterer Entscheidungsgrundlagen wie Kosten-Nutzen-Analysen, Investitionsumfang und Sicherung der Akzeptanz. So haben die bestehenden kantonalen Pilotprojekte bis anhin den Nutzen nicht quantifizieren können. Bezüglich Akzeptanz in der Bevölkerung wird davon ausgegangen, dass das Vertrauen der Patienten in die Ärzte als wichtiger zu bewerten ist als in die Politik. Die Akzeptanz vor allem bei Patienten und

den Leistungserbringern muss gefördert werden (social marketing). Dazu muss der individuelle Nutzen bekannt sein. In der ersten Phase müsste den Patienten sicher eine erhöhte Selbstbestimmung für die Beschränkung der Herausgabe ihrer Daten zugebilligt werden. Eine primäre Verpflichtung für die Registrierung der Daten würde sicher abgelehnt werden. Je breiter die Akzeptanz abgestützt ist, desto besser kann von bestimmten Gruppierungen negativ dargestellten (aufgebauchten) Punkten entgegengewirkt werden.

Im weiteren Vorgehen sollte das BAG die Aufgaben delegieren und eine Funktion als Aufsichtsorgan wahrnehmen. Ein konkreter Plan soll die Rahmenbedingungen und die notwendigen Schritte definieren. Eine paritätische Clearingstelle könnte in Richtung einer Private Public Partnership eingebunden werden. Hier erwähnt H+ das System Swiss DRG als erfolgreiches Beispiel.

Die Finanzierung würde über die jeweiligen Leistungen, die über das System abgerechnet werden (Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP und Privatversicherungen), erbracht. H+ könnte sich bei einem paritätischen System eine finanzielle Beteiligung vorstellen, nicht aber bei rein technischen Investitionen.

3.5 Eine Stimme aus der Politik

Gespräch mit Frau Nationalrätin Christine Egerszegi vom 1. März 2006

Frau Egerszegi ist seit 11 Jahren Mitglied der Gesundheitskommission des Nationalrates. Sie führt die inhaltliche Diskussion zu den Themen aus der Gesundheitskommission und ist Referentin an diesbezüglichen Tagungen am Kantonsspital Aarau und an der Universität St. Gallen.

Frau Egerszegi hat die Erwartung, dass Leistungen der Anbieter vergleichbar werden (Benchmarking) und neue Dienstleistungen wie Triage-Systeme/Expertensysteme für bestimmte Krankheiten (Prävention) entwickelt werden. Es müsse aber in diesem Zusammenhang die Verantwortung des medizinischen Personals bezüglich der Behandlung gewahrt bleiben. Des Weiteren können ihrer Meinung nach Doppelspurigkeiten in der Abklärung und Behandlung vermindert werden. Die heutigen Abläufe und Geschäftsmodelle werden nachhaltig verändert.

In der Idee Daten in anonymisierter Form zu Forschungszwecken zur Verfügung zu stellen, sieht Frau Egerszegi vielfältigen und grossen Nutzen.

Die grössten Hürden im Parlament sind gemäss Frau Egerszegi zum einen Bedenken der links stehenden Parteien. Diese sehen einerseits Probleme beim Datenschutz. Andererseits befürchten diese einen möglichen Abbau im Personalbereich, welcher eine Effizienzsteigerung mit sich bringen kann. Zum anderen sind die Kantone wenig an einer Transparenz oder Effizienzbetrachtung über Betriebs- oder gar Kantonsgrenzen hinaus interessiert. Man möchte mit einer Gesundheitskarte vielmehr die eigenen bestehenden Prozesse optimieren und somit zementieren.

Im Zusammenhang mit der Akzeptanz muss laut Nationalrätin Egerszegi sichergestellt werden, dass mit den gespeicherten Daten kein Missbrauch betrieben werden kann. Das zur Verfügung stellen der eigenen Daten soll mit einem finanziellen Anreiz verbunden werden. So könnte, wer den Zugang zu seiner elektronischen Gesundheitskarte akzeptiert, z.B. mit einem tieferen Selbstbehalt belohnt werden. Weiter können Parlamentarier die Akzeptanz durch stete Informationen der betroffenen Kreise erhöhen.

Eine Public Private Partnership als Trägerschaft für das Vorhaben Gesundheitskarte sieht Frau Egerszegi als eine Chance für Post und Swisscom.

Frau Egerszegi ist der Meinung, dass die Politik und insbesondere sie selbst mithelfen kann das Vorhaben Gesundheitskarte vorwärts zu bringen, indem sie die verschiedenen Partner zur Zusammenarbeit motiviert. Es brauche aber unbedingt eine zentrale Koordination. Diese Rolle soll der Bund übernehmen und der Bundesrat das Projekt nach aussen hin gut vertreten.

3.6 *santésuisse*

Gespräch mit Stefan Kaufmann vom 1. Februar 2006

Für die *santésuisse*, dem Dachverband der Schweizer Krankenversicherer, muss die Versichertenkarte klar von der Gesundheitskarte unterschieden werden. Gemäss Art. 42a KVG konzentriert man sich heute primär auf die Versichertenkarte, deren Realisation und Nutzen und erst am Rande auf die Frage eines eventuellen Ausbaus zu einer Gesundheitskarte. Die Gesundheitskarte steht zum jetzigen Zeitpunkt nicht im Vordergrund und wird sicherlich noch viele brisante Fragen aufwerfen.

63 aller Krankenversicherer der Schweiz haben sich durch die *santésuisse* an einer ersten Ausstellung der Versichertenkarte für ihre Versicherten beteiligt. Diese Versichertenkarten wurden im 1. Quartal 2006 verteilt.

Die *santésuisse* arbeitet im Hinblick auf die Versichertenkarte bereits mit der Ofac, der Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker, zusammen. Die heutige Ofac-Nummer wird durch die neue international einheitliche Kartenummer abgelöst. Weiter ist die *santésuisse* in Kontakt mit diversen Spitälern um deren Bedürfnisse und Anforderungen an die Versichertenkarte und ein weiterführendes System zu erörtern. Die Institution ist offen gegenüber einer Mitbeteiligung anderer Institutionen.

Die *santésuisse* sieht den Nutzen der Versichertenkarte vor allem im administrativen Bereich. Die Identifizierung der Patienten ist einfacher und eindeutig, Abläufe können optimiert werden und mit einer möglichen elektronischen Rechnungsstellung kann der administrative Aufwand stark verringert werden.

Das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Investitionen insbesondere bei der Gesundheitskarte ist sehr wichtig. Die getätigten Investitionen müssen umfassend angewandt und der mögliche Nutzen daraus ausgeschöpft werden. Dies auch unter dem Aspekt der exponentiell höheren Kosten durch eine Gesundheits- versus einer Versichertenkarte was zwingend einen grösseren Nutzen mit sich bringen muss. Die Finanzierung sollte möglichst nutzungsgerecht ausgestaltet sein (d.h. jeder Beteiligte trägt die Kosten im Verhältnis zu seinem Nutzen und sucht sich geeignete Finanzierungspartner).

Die Verfügbarkeit von anonymisierten Daten in einem Pool interessiert die einzelnen Versicherer vordergründig nicht. Durch den Datenpool der *santésuisse* werden den interessierten Versicherern bereits Daten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zur Verfügung gestellt. Die *santésuisse* hat auch eine Vereinbarung mit dem Gesundheitsobservatorium Obsan in Neuenburg und dem BAG um diese Daten möglichst transparent zu machen.

Wie bereits erwähnt, sind die Versicherer nicht wie von anderen Akteuren angenommen an den medizinischen Daten aus dem Health Information Clearinghouse interessiert. Das Argument, dass die Versicherer damit eine Risikoselektion durchführen könnten, wird dadurch entkräftet, als dass auch aus den Daten der zu bezahlenden Rechnung z.B. aus den verordneten Medikamenten Rückschlüsse auf die Behandlung und das Krankheitsprofil der Versicherten gezogen werden können. Durch die vermehrte Pauschalfinanzierung im Gesundheitswesen wird in Zukunft auch das Potenzial einer vermehrten Risikoselektion auf Seiten der Gesundheitsdienstleister genutzt.

Die santésuisse befürchtet, dass die gesamte Entwicklung im eHealth-Bereich gebremst wird, wenn die Gesundheitskarte bereits heute im Vordergrund steht. Primär soll an der Versichertenkarte mit dem Ausbau zur Versichertenkarte mit Notfalldaten gearbeitet werden.

Laut santésuisse soll ein Zeitplan definiert werden, der die realisierbaren Ziele festlegt und Schritt für Schritt die Einführung einer Gesundheitskarte plant und somit deren Akzeptanz festigt. Ein Pilotprojekt in der Deutschschweiz soll gemäss santésuisse nicht durchgeführt werden. Die beiden Projekte aus den Kantonen Genf und Tessin sollen in ein nationales Projekt integriert und zusammen mit den Erkenntnissen aus der Einführung der Versichertenkarte Synergien genutzt werden.

Die Akzeptanz von Seiten der Versicherer ist sicherlich gegeben, solange der erreichbare Nutzen aus den Investitionen realisiert wird. Um mögliche Konflikte in Zukunft zu minimieren oder gar zu vermeiden, ist es wichtig, das Konfliktpotential bereits heute zu erkennen und mit den betroffenen Akteuren anzugehen.

Die santésuisse will ihre Mitarbeit an der Einführung der Gesundheitskarte leisten, dies aber unter klaren und transparenten Bedingungen. Den Lead einer solchen Zusammenarbeit könnte theoretisch jeder einzelne Akteur übernehmen. Dies würde aber unter Umständen von den anderen Akteuren nicht gut akzeptiert werden. Der Bund kann dies mangels Ressourcen nicht übernehmen. Daher sieht Herr Kaufmann in einer Public Private Partnership eine mögliche Lösung. In dieser PPP sollen aber nur diejenigen Akteure involviert sein, die ihren Beitrag an der Gesamtlösung leisten werden und einen Nutzen darin sehen. Die Kartenbearbeitung und Auslieferung könnte prinzipiell auch eine private Organisation übernehmen. Weiter braucht es einen Mediator im Prozess. Diese Rolle muss nicht zwingend der Bund übernehmen. Dieser soll den Impuls für den Aufbau der PPP geben, deren Führung soll aber bei einer Institution oder einem Zusammenschluss mehrerer Institutionen liegen.

Da die finanziellen Aufwendungen für solch ein grosses Projekt sofort anfallen und der Nutzen erst später ersichtlich wird, ist es wichtig, die Investitionen zum richtigen Zeitpunkt zu tätigen. Das heisst erst nach einer intensiven Planung mit der Herausarbeitung der Chancen und Gefahren, der Stärken und Schwächen in einen technologischen Ausbau zu investieren (es ist wirtschaftlich sinnlos auf Vorrat in Technologie zu investieren).

Die santésuisse will sich momentan hauptsächlich der Versichertenkarte widmen und dies als Vorbereitung auf eine spätere Gesundheitskarte sehen. Gemäss Herrn Kaufmann hat man mit der Versichertenkarte den Spatz in der Hand im Gegensatz zu der Taube auf dem Dach mit der Gesundheitskarte.

3.7 Schweizerischer Apothekerverband SAV und Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker Ofac

Gespräch mit Dr. Marcel Mesnil und Dr. Jean-Luc Salomon vom 21. März 2006

Der SAV ist der Schweizerische Verband aller diplomierten Apothekerinnen und Apotheker (ca. 5000), Ofac ist eine berufseigene Genossenschaft, die vor allem Leistungen an die Offizinapotheker anbietet. Ofac zählt heute ungefähr 1300 Mitglieds-Apotheken, was 3/4 des gesamten Offizinapothekenbestandes ausmacht.

Ofac betreibt seit ca. 10 Jahren ein System, welches detaillierte elektronische Abrechnungen mit den Krankenversicherern ermöglicht und die Medikamenten-Historie der Patienten digital erfasst (ca. 200'000 Rezepte pro Tag). Zu den jüngsten Entwicklungen gehören u.a. eine Applikation für die Sicherheit der verschriebenen Medikamente (z.B. Compliance) sowie für Ärzte die Möglichkeit des eRezeptes. Sie hat dazu entsprechende Standards definiert und publiziert. Sehr wichtig ist, dass der Patient frei wählen kann, in welcher an das System angeschlossenen Apotheke er seine Medikamente abholen will. Die Apotheken können untereinander nach Zustimmung des Patienten dessen Daten ansehen. Diese sind auf einem Server gespeichert. Das gesicherte OVAN-Berufsnetz ist mit dem Ärztenetz HIN (Health InfoNet) interoperativ. Ärzte und Apotheker sind so miteinander vernetzt. Etwa 2/3 der Apotheken verfügen über eine Health Professional Card, welche im Jahre 2003 lanciert wurde und die ihrem Inhaber die Möglichkeit gibt, sich zu authentifizieren und in einem gesicherten Netz Zugang zu Patientendaten verschiedener Netzwerke zu erhalten.

Historisch stehen die Apotheker mit den Krankenversicherern in engem Kontakt, die Apotheker sind aber auch im Forum Datenaustausch sowie an der MediData und eCH mitbeteiligt.

Die Einsparungen durch das eRezept werden als eher gering eingestuft. Der Nutzen kann aber durch die Zusammenarbeit und den Ausbau des Netzwerkes mit anderen Leistungserbringern vergrößert werden. So könnten z.B. detaillierte Rückmeldungen an den Arzt erfolgen über die tatsächlich abgegebenen Medikamente, die Empfehlung von Alternativmitteln (z.B. Generika, Ersatzmedikamente) sowie Informationen über die Compliance der Patienten, d.h. ob z.B. die verschriebene Dosierung mit der Frequenz der Abgabe übereinstimmt. So kann die Therapiebetreuung der Patienten gesichert und Redundanzen oder Unterbrechungen der medikamentösen Behandlung vermieden werden, dies insbesondere bei Verschreibungen von mehreren Ärzten.

Der medizinische Nutzen einer Gesundheitskarte liegt im Zugriff z.B. zu den Diagnosen, Informationen über Unverträglichkeiten sowie familiären Dispositionen der Patienten. Dies ermöglicht eine vertiefte Beratung im Sinne einer zum Arztbesuch komplementären Dienstleistung. Die Karte ist lediglich Schlüssel zum System. Die Anbindung der Patienten an eine ihrer vertraute und bekannte Apotheke sei auch ohne Karte mit ca. 85% sehr hoch.

Die Idee von verfügbaren anonymisierten Daten in einem Clearinghouse wird als nicht sinnvoll erachtet, v.a. nicht im Sinne einer zentralen Lösung. Jede Einheit wie z.B. ein

Spital sollen ihre Daten selber verwalten. Die bestehenden Datenbanken können über Schnittstellen bei Bedarf miteinander vernetzt werden. Die Bündelung der Daten an einem Ort ist sicherheitstechnisch problematisch und die Aktualität kann nicht gewährleistet werden. Wichtig ist vor allem, dass bestehende Infrastrukturen und Applikationen benutzt werden und nicht neue kostspielige Investitionen getätigt werden. Die Apotheker sind nicht bereit, auf Kosten ihres eigenen Systems in eine neue Lösung zu investieren.

Hürden bei der Einführung einer Gesundheitskarte werden in der Frage der Freiwilligkeit respektive des Zwangs zum Mitmachen gesehen. Bei einem Zwang ergeben sich datenschutzrechtliche Probleme und es fehlen die gesetzlichen Grundlagen. Bei freiwilliger Beteiligung kann wenig Nutzen erbracht werden und es bestehen Schwierigkeiten, eine Finanzierungsbasis zu finden. Des Weiteren sind Fragen offen, wer den Service für verlorene und zerstörte Karten übernimmt, wer für Sicherheitskopien und die Qualität der Daten zuständig ist und wer bei Fehlern haftet. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis muss dargelegt werden können, einerseits was die Aufwendungen für die Infrastruktur, andererseits aber auch was z.B. die zusätzlichen ärztlichen Leistungen betrifft. Namentlich bedeutet dies die erforderliche Zeit für die Erfassung und Speicherung der Daten, für das Lesen von Dokumenten, die der Arzt oder der Apotheker unter Umständen nicht selber geschrieben hat, sowie die Beratung der Patienten (wie funktioniert das System, was soll gespeichert werden etc.). Dieser Aufwand muss dem jeweiligen Leistungserbringer finanziell abgegolten werden.

Ein Akzeptanzproblem für das System sehen SAV und Ofac möglicherweise in einem Missbrauchspotential. Apotheker könnten durch Anreize für die Patienten diese in die eigene Offizin abwerben, da sie aufgrund der einsehbaren Daten vergleichen können, was z.B. in einer anderen Apotheke verkauft wurde.

Weiter wird es als nicht realistisch beurteilt, dass Doppeluntersuchungen vermieden und dadurch Einsparungen erzielt werden können. Jeder Arzt arbeitet mit seinen von ihm betrauten Methoden und wiederholt trotzdem die meisten Untersuchungen. Personen, welche dieses System nicht akzeptieren möchten, werden die Registrierung ihrer Daten ablehnen. Neue Investitionen müssen zeigen können, dass sie mindestens so gut wie die bestehenden Strukturen sind. Es müssen Anreize für die Patienten vorliegen und die Arbeit der Leistungserbringer soll vergütet werden.

Es ist denkbar, dass in den Apotheken Terminals zur Verfügung gestellt werden, an welchen die Patienten die Möglichkeit haben, die Daten auf ihrer Karte einzusehen und allenfalls persönliche Informationen (Kontaktadressen etc.) zu verändern. Bei Bedarf kann die Hilfe des Personals beansprucht werden, um die Qualität der zu erfassenden Daten sicherzustellen.

Die Zusammenarbeit unter den direkt involvierten Akteuren sollte für alle gewinnbringend sein und Vorteile bieten. Es ist notwendig, sich so bald wie möglich auf gewisse Standards zu einigen. Dabei sollen sich laut SAV und Ofac die anderen Akteure nach den bewährten Applikationen der Apotheker als Basis richten und die Interoperabilität mit Schnittstellen gewährleistet werden. Als erster Schritt sollen Standards erarbeitet und publiziert werden (z.B. durch das Forum Datenaustausch). Der Bund soll entsprechende Richtlinien vorschreiben und ist zuständig für die Vergabe der neuen Identifikations-

nummern. Die Karten sind mit den Logos der jeweiligen Versicherer bedruckt und sollen deswegen auch von diesen finanziert werden. Weder die Leistungserbringer noch die Patienten sollen bezahlen müssen. Eine Interessengemeinschaft der direkt beteiligten Akteure könnte dazu eingesetzt werden, um die anstehenden Probleme hinsichtlich der praktischen Umsetzung zu diskutieren.

Eine Trägerschaft für die Gesundheitskarte kann gemäss SAV und Ofac weder vom Staat alleine noch von einer bestimmten Firma übernommen werden. Verschiedene Organisationen sollen sich zusammenschliessen, wobei betont wird, dass diese die Freiheit haben, selber zu wählen, mit welchen Anbietern sie Verträge abschliessen werden.

3.8 Schweizerische Patienten-Organisation

Gespräch mit Pia Ernst vom 22. Februar 2006

Die Schweizerische Patienten-Organisation (SPO) sowie die einzelnen Patientenorganisationen setzen sich mit eHealth und der Thematik der Versicherten-/Gesundheitskarte auseinander. Im Jahre 2005 erfolgte eine Publikation zur EU-Karte in der Patientenzeitung³⁵. Dort wurde die Notwendigkeit konkreter Ergebnisse geäußert und die Qualitätssicherung als zentraler Punkt deklariert. Die Patientenorganisationen nahmen in den bisherigen Aktivitäten eine beobachtende Rolle ein. Sie waren in einer Arbeitsgruppe des BAG involviert. Aus ihrer Sicht drehten sich die Diskussionen im Kreis, diese sollen aber weiter geführt werden. In der Weiterentwicklung der Versicherten- zur Gesundheitskarte sehen sich die Patientenorganisationen selber in der Rolle als Übersetzer, Berater und kritische Stimme. Sie begleiten wachsam den aktuellen Prozess und fühlen sich zurzeit durch den Druck der Technologie-Anbieter und Geldgeber (Kantone, Versicherer) etwas in eine „Nein-Sager“-Rolle hineingedrängt.

Die Versichertenkarte betrifft die rein administrative Ebene und bringt durch das Zusammenführen der verschiedenen Systeme z.B. eine Vereinfachung beim Wechsel von Patienten zu einem anderen Versicherer mit sich. Für die SPO stellt sich die Frage, wie gross der Nutzen daraus ist und ob sich der Aufwand dafür lohnt. Werden z.B. die Einsparungen an die Versicherten in Form von Prämienverbilligungen weitergegeben? Auf welche Stufe soll man die Versicherten- respektive die Gesundheitskarte bringen? Das Einsparpotential bei einer Gesundheitskarte wird in Frage gestellt.

Die Argumente für die Gesundheitskarte sind teils zweifelhaft. Nur weil der Patient eine Karte besitzt, werden z.B. Doppeluntersuchungen nicht vermieden oder weniger Untersuchungen gemacht. So ist es gängige Praxis, dass z.B. ein Spezialist ein Röntgenbild des Hausarztes mit dem Ziel einer besseren Qualität oder für die Beurteilung des zeitlichen Verlaufes wiederholt. Da die zeitlichen Verläufe der Krankheitsbilder wichtig sind, werden auch die Untersuchungen in der Regel wiederholt. Die Karte ist nur ein Instrument, um gewisse Informationen zu bündeln. Durch die Verbesserung der Datenlage müssen die Abklärungen nicht immer von Grund auf neu begonnen werden. Frühere Laborwerte können z.B. zum Vergleich herbeigezogen werden.

Eine Karte macht den Menschen jedoch nicht besser, ebenso wenig verbessert sich durch die elektronisch verfügbaren Informationen das Denken und Handeln des Arztes. Letztendlich ist nicht die elektronische Begleitung der Patienten wichtig. Die Betreuung der Patienten in ihrem Prozess braucht Zeit und psychologisches Geschick. Mehr Informationen führen zu mehr Wissen. Ob dies den Patienten zugute kommt, ist schwierig voraussehbar. Der Patient ist nicht nur gegenüber dem Wissen des Arztes Laie, er ist auch Laie gegenüber der zunehmenden Technik. Hier besteht die Gefahr, dass der Patient zu einem Objekt wird. Frau Ernst betont, dass der Patient im Zentrum des Geschehens stehen muss, und dies nicht einfach ein Lippenbekenntnis sein darf.

³⁵ Ernst, 2005.

Ganz wichtig ist die Frage des Daten- und Persönlichkeitsschutzes. Der Patient muss sein Recht wahrnehmen können, Daten nicht allen Beteiligten zur Verfügung zu stellen. Bei einem allfälligen Obligatorium würde ein wichtiges Credo des Datenschutzes in Frage gestellt. Durch klare Zugriffsberechtigungen und Zugangsschlüssel könnte die Situation, wie sie heute ist, aber auch verbessert werden. Es hat Vor- und Nachteile, wenn einen die eigene Geschichte durch die elektronische Dokumentation verfolgt. Frühere Diagnosen, die vielleicht heute für den Patienten keine Bedeutung mehr haben, sind immer ersichtlich. Wie können solche oder aus der Sicht des Patienten auch „falsche“ Informationen wieder aus dem System gelöscht werden? Der Zugriff auf die persönlichen Daten nur in Kombination mit der Health Professional Card (HPC) z.B. des Arztes ist Unsinn, da für die Einsicht extra ein Arzttermin vereinbart werden müsste. Der Patient, als Besitzer seiner Daten, muss selber darauf zugreifen können, beispielsweise an Access points oder einer Art Bancomat oder Beraterstelle.

Gemäss SPO hat der Patient nicht nur Rechte, er hat auch Pflichten und soll Verantwortung übernehmen mit einer Karte umzugehen. Er muss stets Handelnder bleiben können, es dürfen nicht Informationen über ihn ohne sein Einverständnis zwischen den verschiedenen Akteuren ausgetauscht werden.

Um Fehlzugriffe und Manipulation zu verhindern ist es wichtig, bereits vor der Einführung der Gesundheitskarte ein Konzept mit Lösungen vorzuweisen. Die Fragen der Sicherheit und des Persönlichkeits- und Datenschutzes sind zentral und entscheidend für die Vertrauensbildung. Da z.B. die Arbeitgeber bei Krankheitsanzeichen immer früher Einfluss auf die Angestellten nehmen, wird die Grenze zwischen der Rolle als Patient oder der Rolle als Arbeitnehmer zunehmend verwischt.

Laut der SPO ist das Vorhandensein von anonymisierten Daten in einem analytischen Bereich grundsätzlich interessant und bringt genauere Statistiken sowie für die Forschung wahrscheinlich einen grossen Zusatznutzen. Des Weiteren ist dieser Datenpool ein gutes Verkaufsargument. Eventuell sollte es möglich sein, dass Patienten ihre Daten für die Anonymisierung sperren lassen können.

Das Thema Gesundheitskarte sollte z.B. durch eine Beratungs- oder Ombudsstelle „vermenschlicht“ werden und für die Patienten „ein Gesicht bekommen“, d.h. trotz der technischen Dimensionen greif- und fassbar gemacht werden. In der Vorbereitungsphase dienen die Patientenorganisationen als Übersetzer und Warner und machen auf heikle Punkte aufmerksam. Nach Einigung in diesen Punkten könnten sie eine Beraterrolle übernehmen.

Eine schwierige Schnittstelle ist diejenige zwischen den Versicherern und den Patienten. Die Gesundheitskarte sollte aus Vertrauensgründen nicht bei den Versicherern angebunden werden, da diesen unterstellt wird, nur finanzielle Interessen zu verfolgen und Daten für z.B. eine Risikoselektion zu gebrauchen. Besser wäre die Anbindung bei den Leistungserbringern oder externen Institutionen, z.B. einem Center of excellence. Pilotprojekte sollen den Benefit für die Patienten im Sinne einer möglichen Prämienreduktion aufzeigen können. Aus dem Wunschenken der Projektleiter der Pilotprojekte sollen konkrete Argumente vorgelegt werden, die einer unabhängigen und kritischen Durchleuchtung standhalten.

Wenn ein Nutzen dargestellt werden kann, sollen sich alle involvierten Akteure beteiligen und Vorinvestitionen leisten. Frau Ernst betont, dass der Patient grundsätzlich bereit ist, als Prämien- oder Steuerzahler einen Beitrag zu geben, er muss aber den Nutzen sehen können. Es wird vermutet, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis ein „Nullsummen-Spiel“ wird, bestenfalls wird kein Verlust generiert. Bezüglich Finanzierung sollte die Diskussion aber auch dahingehend geführt werden, dass im Vergleich zu anderen hohen Kosten im Gesundheitswesen (z.B. Krankheitskosten durch Rauchen, Diabetes mellitus etc.) die Investitionen für eine Gesundheitskarte als tragbar eingestuft werden können.

3.9 Suva

Gespräch mit Dr. med. Beat Arnet vom 18. Januar 2006

Die Suva ist eine selbständige Unternehmung des öffentlichen Rechts. Sie ist die wichtigste Trägerin der obligatorischen Unfallversicherung in der Schweiz. Sie versichert rund 1,8 Millionen Berufstätige gegen Berufsunfälle, Berufskrankheiten und ausserberufliche Unfälle. Finanziell steht die Suva auf eigenen Füßen. Ihre Haupteinnahmen bezieht sie aus Versicherungsprämien und Erträgen aus Kapitalanlagen. Die drei Kerngeschäfte der Suva sind Prävention, Versicherung und Rehabilitation.

Die Suva beschäftigt sich seit dem Jahr 2000 intensiv mit der Thematik eHealth. So stehen verschiedene elektronische Applikationen zur Verfügung. Ca. 60% der 460'000 Schadensmeldungen werden elektronisch erfasst (SunetWeb via www.suva.ch). Die Software Sumex ermöglicht Leistungserbringern Rechnungen elektronisch zu erheben und zu übermitteln. Auch Lohndeklarationen können elektronisch erfasst werden. Notfalladressen von Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern können über eine Internet-Plattform (www.sanday.ch) oder über das Mobiltelefon erfasst und abgefragt werden.

Den Hauptnutzen der Versichertenkarte sieht die Suva in der Erleichterung im administrativen Bereich. Mit einer sicheren Identifikation können sämtliche Daten der richtigen Person zugeordnet werden. Das Erstellen einer sicheren Identifikation ist jedoch aufwändig und teuer. Die Gesundheitskarte weist eine sehr hohe Komplexität auf. Deren Einführung bringt gesellschaftliche und kulturelle Veränderungen mit sich, welche noch nicht umgesetzt sind. Weiter ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis noch unklar.

Gemäss Suva wird der medizinische Nutzen mit der Integration von Notfalldaten (z.B. Allergien, Medikamentenunverträglichkeit) sicher erweitert, ansonsten ist er aber nicht eindeutig zu benennen. Die erwähnten Notfalldaten können auf verschiedenen Medien (Karte, Mobiltelefon) gespeichert werden. Ob tatsächlich Mehrfachuntersuchungen vermieden werden können, wird ebenfalls angezweifelt. Auch ein finanzieller Nutzen für den Patienten ist laut Suva nicht ersichtlich.

Bezüglich Daten führt die Suva eine eigene Unfallstatistik UVG, welche von der Kommission für die Statistik der Unfallversicherung (KSUV) herausgegeben wird. Sie enthält Angaben zu versicherten Betrieben und prämiienpflichtigen Lohnsummen seit 1918.

Daneben bietet sie umfassendes Zahlenmaterial zu Hergang und Kosten von Berufs- und Freizeitunfällen sowie Berufskrankheiten von Arbeitnehmenden in der Schweiz. Die Suva möchte die eigene Statistik optimieren. Wichtig für die Suva sind vor allem Daten zum genauen Unfallhergang. Ein durch die Gesundheitskarte generierter Datenpool würde jedoch in dieser Hinsicht keine genaueren Daten liefern, da diese von den Ärzten routinemässig nicht bis ins Detail erfasst und dokumentiert werden.

Auch die Krankenversicherer sollten aus verschiedenen Gründen ein Interesse an den anonymisierten Daten haben. Ein Missbrauch der Daten für eine Risikoselektion muss aber unterbunden werden. Bei der Einspeisung der Daten auf die elektronischen Krankengeschichten der Versicherten können die Versicherer mittels Anreizen Einfluss nehmen (z.B. durch Prämienreduktionen).

Die Haltung der Suva ist, primär Erfahrungen nur mit der Versichertenkarte zu sammeln. Bevor eine Gesundheitskarte eingeführt wird soll zuerst abgewartet werden, was die Versichertenkarte kostet und was deren effektiver Nutzen ist.

Bezüglich Akzeptanz muss an der Vertrauensbildung gearbeitet werden, insbesondere bei Ärzten und Patienten. Die Patienten müssen darauf vertrauen können, dass die persönlichen Daten nicht missbraucht werden. Dies setzt ein entsprechendes Qualitätsmanagement voraus. Zusätzlich könnte die Akzeptanz beim so genannten Patient-Empowerment erhöht werden. Dies dadurch, dass nicht nur der Arzt, sondern auch der Patient Daten in die eigene elektronische Krankengeschichte eingeben kann.

Die Akzeptanz bei Ärzten könnte unter anderem mit der Schaffung finanzieller Anreize (z.B. für Erfassung der Daten) erhöht werden. Bezüglich Datenerhebung besteht eine Diversität an Institutionen (Trust-Center, Medidata).

Bezüglich des Datenschutzes muss von Anfang an ein klares Konzept vorhanden sein und Standards definiert werden. Das Forum Datenaustausch (www.forum-datenaustausch.ch) bezweckt die Vereinheitlichung der Standards des elektronischen Datenaustausches im Schweizer Gesundheitswesen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Ziel ist die Festlegung von Grundsätzen mit Bezug auf die Übermittlungsstandards, die Referenzstammdaten sowie mit Bezug auf die Kriterien betreffend der Datensicherheit. Im Zusammenhang mit der Sicherheit der Daten bei einer Gesundheitskarte muss das Problem der sicheren Identifikation gelöst werden, um z.B. einem Kartenmissbrauch vorzubeugen.

Die Frage einer möglichen Trägerschaft für eine Gesundheitskarte im Sinne einer Public Private Partnership (PPP) ist für die Suva derzeit nicht von zentraler Bedeutung. Dazu müssen zuerst Rahmenbedingungen (Finanzierung, Gesetze) festgelegt werden. Der Bund müsste hier gemäss Suva eine Vorreiter-Rolle übernehmen. Eine Mitfinanzierung durch die Suva wird derzeit nicht in Betracht gezogen.

Die Suva ist der Ansicht, dass die Post im Bereich der PKI eine Rolle übernehmen könnte. Diese bietet ein Netz von gegen 3000 Stellen, an denen z.B. die digitale Signatur erhältlich sein könnte. Die Suva steht mit der Post seit mehreren Jahren in Kontakt. In Zusammenarbeit mit Swisscom Mobile sind nun Notfalladressen von Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern, die über die Internet-Plattform www.sanday.ch der SUVA abrufbar sind, auch über das Mobiltelefon erhältlich. Es ist durchaus vorstellbar, dass ein Notfalldatensatz auch auf dem eigenen Handy verfügbar gemacht werden kann. Neben dem Angebot im Gesundheitsbereich könnten zusammen mit Telekommunikations-Unternehmen auch noch nicht näher erwähnte erweiterte Dienste angeboten werden.

3.10 Erkenntnisse aus den Interviews

Nachfolgende Tabelle zeigt auf einen Blick die wichtigsten Erkenntnisse aus den Interviews mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen.

<i>Institution</i>	<i>Erwarteter Nutzen</i>	<i>Mögliche Hürden / Risiken</i>	<i>Akzeptanz</i>	<i>Rolle</i>	<i>Finanzierung / Trägerschaft</i>
<i>FMH</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prozessverbesserungen - Eindeutige, unverwechselbare Identifikation - Arzneimittelsicherheit - Schnellere und einfachere statistische Auswertung 	<ul style="list-style-type: none"> - Grosser Aufwand - Hohe Investitionen - Finanzierung - Mangelnde Akzeptanz - Schwierige Umsetzung - Skepsis von Benchmarking 	<ul style="list-style-type: none"> - Rahmenbedingungen schaffen - Umfassende Information - Finanzielle Unterstützung der Ärzte - Anhörung und Diskussion mit den Akteuren 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausstellen der HPC für alle Ärzte - Einbezug als Akteur im gesamten Prozess 	<ul style="list-style-type: none"> - FMH übernimmt die Kosten für die HPC aller Ärzte
<i>GDK</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Erhöhung der Versorgungsqualität und Effizienz - Verbesserte Zusammenarbeit unter den Leistungserbringern 	<ul style="list-style-type: none"> - Kostenintensive Startinvestitionen - Technische Probleme - Datenschutzbestimmungen - Mangelnde Nutzung - Widerstand 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragen zu Kosten und Datenschutz klären - Vorlegen eines klaren Konzeptes - Vertrauen der Bevölkerung stärken (Umfragen, Pilotprojekte) - Überzeugung von Leistungserbringern 	<ul style="list-style-type: none"> - Strategische Ebene: Konsensfindung unter den Kantonen, Förderung interkantonale Zusammenarbeit, Ansprechpartner für den Bund, Förderung und Vernetzung von kantonalen Pilotprojekten 	<ul style="list-style-type: none"> - Starke Partnerschaft der öffentlichen Hand mit IT-Industrie im Sinne von PPP - Vorinvestitionen der Industrie - Einnahmen über Benutzungsgebühren, - Tarifpartner für Trägerschaft im Vordergrund
<i>Gesundheits- und Sozialdepartement Kanton Luzern</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Arzneimittelsicherheit - Vereinfachung administrativer Prozesse - Qualitätsverbesserungen (Daten einfach und schnell verfügbar) - statistische, gesamtheitliche Auswertungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Finanzierung - Datenschutz - Fehlender nationaler Konsens - Neue Arbeitsweise / Kultur 	<ul style="list-style-type: none"> - Finanzielle Anreize - Umfassende, frühe Information - Vorteile betonen - Kontrollierbares System 	<ul style="list-style-type: none"> - Initiant eines Deutschschweizer Pilotprojektes - Mitarbeit als Kanton auf nationaler Ebene 	<ul style="list-style-type: none"> - Finanzierung durch die Bürger (als Steuer- oder Prämienzahler) - PPP mit Impuls von Bund und Kantonen

<i>Institution</i>	<i>Nutzen</i>	<i>Hürden / Risiken</i>	<i>Akzeptanz</i>	<i>Rolle</i>	<i>Finanzierung / Trägerschaft</i>
<i>H+</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Vereinfachung administrativer Prozesse - Regelung der Datenweitergabe - Doppeluntersuchungen vermeiden - Transparenz der Datenströme 	<ul style="list-style-type: none"> - Kosten-Nutzen-Frage nicht geklärt - Missbrauch der Daten - Verpflichtung der Patienten - Komplexität 	<ul style="list-style-type: none"> - Interne Abklärung der Meinungen und Bedürfnisse steht noch aus - Schrittweises Vorgehen: zuerst VK etablieren - Selbstbestimmung der Patienten - Überzeugung der Patienten und Leistungserbringer 	<ul style="list-style-type: none"> - Schaffen von Transparenz mittels paritätischer Stelle für Zahlungsausgleich (Clearing-Stelle) → Kosten- und medizinische Daten 	<ul style="list-style-type: none"> - BAG soll Aufgaben delegieren, Funktion als Aufsichtsorgan - PPP möglich, z.B. mit Einbezug der Clearing-Stelle - Finanzierung über erbrachte Leistungen
<i>Stimme aus der Politik</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Vergleichbarkeit der Leistungen - Entwicklung neuer Dienstleistungen - Doppeluntersuchungen vermeiden 	<ul style="list-style-type: none"> - Datenschutz - Hindernder Föderalismus 	<ul style="list-style-type: none"> - Finanzielle Anreize - Umfassende Information - Unterbindung Missbrauch 	<ul style="list-style-type: none"> - Partner zur Zusammenarbeit motivieren 	<ul style="list-style-type: none"> - PPP vor allem mit Vorteil für Post und Swisscom
<i>santésuisse</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Vereinfachung administrativer Prozesse (Identifizierung, optimierte Abläufe) - Kosten-Nutzen-Verhältnis wichtig 	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn GK heute schon im Zentrum steht wird Entwicklung in eHealth gebremst (Komplexität, Akzeptanz) 	<ul style="list-style-type: none"> - Klarer Zeitplan mit realisierbaren Zielen - Nutzen für die Versicherer aus den Vorinvestitionen - Einbezug der Akteure 	<ul style="list-style-type: none"> - Konzentration auf VK - Mitarbeit bei der Einführung der GK 	<ul style="list-style-type: none"> - PPP mit Akteuren, die Beitrag an der Gesamtlösung leisten und Nutzen sehen - Finanzierung erst nach eingehender Planung mit SWOT-Analyse

<i>Institution</i>	<i>Nutzen</i>	<i>Hürden / Risiken</i>	<i>Akzeptanz</i>	<i>Rolle</i>	<i>Finanzierung / Trägerschaft</i>
<i>SAV und Ofac</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Durch Ausbau ihres Systems grösser (Rückmeldungen an Arzt, Therapiebetreuung) - Vermeidung von Redundanzen und Unterbrechungen in medikamentöser Behandlung - Vertiefte Beratung durch Zugriff auf Diagnosen und Informationen 	<ul style="list-style-type: none"> - Einsparungen eRezept gering - Freiwilligkeit vs. Zwang - Grosser Serviceaufwand - Unbekanntes Kosten-Nutzen-Verhältnis 	<ul style="list-style-type: none"> - Finanzielle Anreize - Nutzen des neuen Systems aufzeigen 	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeit in der Arbeitsgruppe - Ausweitung ihres bisherigen Systems 	<ul style="list-style-type: none"> - Finanzierung durch die Krankenversicherer - Zusammenschluss verschiedener Organisationen
<i>SPO</i>	<ul style="list-style-type: none"> - VK: Vereinfachung administrativer Prozesse - GK: Informationen bündeln, Verbesserung der Datenlage - Genauere Statistiken - Nutzen für die Forschung 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufwand vs. Nutzen unklar - Einsparpotential einer GK unklar - Verbesserung der Betreuung der Patienten fraglich - Daten- und Persönlichkeitsschutz 	<ul style="list-style-type: none"> - Klares Konzept wichtig - Vertrauensbildung (z.B. durch Beratungs- oder Ombudsstelle), Thema für Patienten verständlich machen - Darstellen des Benefits für Patienten und Leistungserbringer - Patient-Empowerment 	<ul style="list-style-type: none"> - Beobachterrolle - Übersetzerrolle - Beratung - Begleitung 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorinvestitionen der involvierten Akteure - Keine Anbindung an Versicherer (Vertrauen) - Anbindung an Leistungserbringer oder externe Institutionen (z.B. Center of excellence)
<i>Suva</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Vereinfachung administrativer Prozesse - Sichere Identifikation 	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinischer Nutzen der GK fraglich - Finanzieller Nutzen der GK unklar 	<ul style="list-style-type: none"> - Vertrauensbildung - Qualitätsmanagement → Datensicherheit - Patient-Empowerment - Finanzieller Anreiz für Ärzte 	<ul style="list-style-type: none"> - GK im Moment nicht prioritär 	<ul style="list-style-type: none"> - PPP noch nicht von Bedeutung, vordergründig müssen Rahmenbedingungen geregelt werden - Keine Mitfinanzierung durch die Suva

Tabelle 1: Zusammenzug der wichtigsten Erkenntnisse aus den Interviews

3.10.1 Bisherige Aktivitäten der Akteure

Bis heute kann man sagen, dass sich sämtliche Akteure Gedanken über eHealth und insbesondere über die Versicherten- und die Gesundheitskarte gemacht haben, wobei die konkreten Vorstellungen unterschiedlich weit reichen. All die Institutionen sind dabei, für ihre Mitglieder mögliche Vorteile aus den Strategien für eHealth zu definieren, nachzuverfolgen und gegebenenfalls bereits umzusetzen.

Bis jetzt sind allerdings noch keine konkreten Bestrebungen zu sehen, welche eine übergreifende Zusammenarbeit aller Akteure vorsehen. Die verschiedenen Akteure stehen im Rahmen von Diskussionen und Befragungen mit dem BAG in Kontakt.

3.10.2 Nutzen aus Sicht der Akteure

Fast alle Interviewten sind der Meinung, dass im administrativen Bereich und bei den Prozessen Einsparungen möglich sind. Durch die sichere Identifikation und den einheitlichen Zugang können die Daten schneller und einheitlich abgefragt und die Datenströme transparent nachverfolgt werden. Hinzu kommen noch die sichereren Auswertungen und Statistiken aufgrund der besseren Datenlage.

Für eine Qualitätsverbesserung bei der medizinischen Versorgung im Rahmen der erweiterten Versichertenkarte sprechen sich nur einige Akteure aus. Sie erwähnen insbesondere die Arzneimitteldokumentation und -sicherheit durch Einblick in die Medikationslisten der Patienten. Die im Vorfeld häufig genannte Vermeidung von Doppeluntersuchungen wird nur von zwei Akteuren als realistisch und somit von Nutzen bezeichnet. Die Bündelung von Informationen im Sinne eines Knowledge-Sharings kann den Behandlungsablauf effizienter machen und zu einer verbesserten Zusammenarbeit unter den Leistungserbringern führen. Der Nutzen der Datenverfügbarkeit in einer Notfallsituation wird allgemein gesehen, wobei der praktische Nutzen nicht überschätzt werden darf. Insbesondere die Blutgruppe wird als wenig wichtig angeführt, da in unserem System vor jeder Bluttransfusion sowieso die Blutgruppe bestimmt werden muss. Was den Nutzen von anonymisierten Daten z.B. für Forschungszwecke anbelangt, gehen die Meinungen auseinander. Grundsätzlich wird die Frage aufgeworfen, ob die voraussichtlichen Kosten im Verhältnis zum medizinischen Nutzen stehen.

3.10.3 Mögliche Hürden und Risiken

Man ist sich einig, dass es grosse Startinvestitionen für ein solch grosses Projekt geben und der Aufwand immens sein wird. Wer diese tätigen muss ist allerdings unklar. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis kann nicht eingeschätzt werden und das bringt dementsprechende Skepsis mit sich. Ebenso wenig ist ein finanzieller Nutzen von solchen Kartenlösungen ersichtlich. Dies insbesondere dann, wenn nicht alle Möglichkeiten genutzt werden und nur ein Teil der Bevölkerung und der Leistungserbringer die Karten umfassend nutzen.

Zum Datenschutz äussert sich auch die Hälfte der Befragten. Sie befürchtet, dass es Probleme bei der Einhaltung des Daten- und Persönlichkeitschutzes („gläserner Patient“) geben wird. Dies kann natürlich zu Widerstand führen. Widerstand kann auch durch man-

gelnde Akzeptanz auftreten, durch die Angst vor Benchmarking und Kontrollen z.B. der Ärzte, durch die neue und ungewohnte Arbeitsweise mit der Karte oder durch die hohe Komplexität. Der medizinische Nutzen ist theoretisch gegeben, wobei auch Zweifel z.B. beim Empowerment der Patienten oder bei der Vermeidung von Doppeluntersuchungen formuliert werden. Der Aufwand und der Prozess, um den medizinischen Nutzen in der Praxis zu etablieren sind aber noch nicht abschätzbar. Es werden konkretere Diskussionsgrundlagen gefordert. Als realistisch wird primär die Arzneimitteldokumentation angesehen.

Der föderalistische Grundgedanke der Schweiz kann einmal mehr eine Hürde für eine schweizweite Lösung sein. Um die Hürden möglichst klein zu halten oder abzubauen braucht es einen nationalen Konsens.

Die Datensicherheit der Daten im Health Information Clearinghouse ermöglicht bessere statistische Auswertungen als heute. Dazu haben sich auch einige geäußert. Durch sorgfältiges Erfassen und Bewirtschaftung der anonymisierten Daten lassen sich sicherere Schlüsse aus dem Datenpool ziehen als bisher. Auch ein Nutzen für die Forschung wird gesehen.

3.10.4 Akzeptanz in allen Schichten

Um die Akzeptanz für dieses Projekt zu erhöhen ist in Augen aller Interviewpartner eine klare und umfassende Information sowohl gegenüber den Leistungserbringern als auch gegenüber den Patienten nötig. Für die Entwicklung des angestrebten Konzeptes sollen alle Akteure angehört und miteinbezogen werden. Dabei sollen deren Meinungen und Bedürfnisse abgeklärt werden. Durch das daraus entstehende klare Konzept und eine umfassende und gut verständliche Kommunikation können die Leistungserbringer und die Versicherten eher vom System überzeugt und Vertrauen gebildet werden. Zu dieser Vertrauensbildung gehört gemäss einigen auch das Aufzeigen der möglichen Vorteile (finanzielle, medizinische etc.) aus der Gesundheitskarte dazu. Dies soll nicht primär durch die Technologieanbieter geschehen. Die Machbarkeit aus technologischer Sicht wird allgemein nicht in Frage gestellt.

Fünf Akteure sind der Meinung, dass es finanzielle Anreize braucht um die Akzeptanz zu fördern. Dies braucht es insbesondere bei den Leistungserbringern, müssen diese sicherlich für die Aufrüstung ihrer Praxen mit einem erheblichen Investitionsaufwand rechnen.

Nur zwei Interviewpartner haben den heute oft verwendeten Begriff des Patient-Empowerment als positiven Punkt zur Akzeptanzsteigerung erwähnt. Die Patientenorganisation sieht hier auch Gefahren. Der Patient als medizinischer Laie kann seine Daten unter Umständen gar nicht verstehen und interpretieren. Es braucht hier eine Beratungs- oder Ombudsstelle welche den Patienten die Daten übersetzt und erklärt und ihn über seine Rechte und Pflichten informiert.

3.10.5 Rolle der einzelnen Akteure

Wie bereits erwähnt ist es wichtig, sämtliche Akteure bei der Entwicklung eines Konzeptes miteinzubeziehen und deren Bedürfnisse abzuklären. Zu einer solchen Zusammenar-

beit oder zu Beratung der Projektmitglieder sind sieben Akteure bereit. Diese haben sich auch alle bereits Gedanken über ihre Rolle im System gemacht und werden auch schon in Arbeitsgruppen einbezogen.

Daneben wollen alle Akteure weiterhin für ihre Mitglieder beratend tätig sein und diese in allen Belangen unterstützen. Die einen sind bereits heute in ihrer Institution daran, sich intensiv Gedanken über die künftige Gesundheitskarte zu machen. Diese haben zum Teil auch schon Teile eines Systems in Betrieb, welche für die Gesundheitskarte einbezogen werden könnten. Andere konzentrieren sich vordergründig auf die eingeführte Versicherungskarte und sehen die Gesundheitskarte zum Teil als noch nicht prioritär an.

Das Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern ist bereit, ein Deutschschweizer Pilotprojekt zu lancieren. Dies soll neben den Projekten in den Kantonen Genf und Tessin Erfahrungswerte zum Nutzen, zu den Kosten, zur Akzeptanz und deren Förderung und generell zum Vorgehen bringen. Ob weitere Pilotprojekte vorgesehen sind, wurde im Rahmen dieses Berichts nicht abgeklärt.

3.10.6 *Vorschläge für die Finanzierung und eine mögliche Trägerschaft*

Die Finanzierung ist noch nicht ganz klar. Einige Akteure verlangen eine Vorinvestition von der Industrie und den involvierten Institutionen. Dies allerdings erst nach umgehender Planung und nach einer SWOT-Analyse. Andere sehen eine Finanzierung über die erbrachten Leistungen oder zwangsläufig über die Steuer- respektive Prämienzahler. Ein Akteur spricht sich klar gegen eine Mitfinanzierung seiner Institution aus.

Zur Trägerschaft haben sich noch nicht alle Akteure Gedanken gemacht. Die die sich damit bereits beschäftigt haben sehen eine Public Privat Partnership (PPP) als gute mögliche Lösung. Dazu sollen diejenigen Akteure an der PPP beteiligt sein, welche einen Nutzen im Gesamtsystem sehen und dafür auch bereit sind, ihren Beitrag zu leisten. Ein wichtiger Part in dieser PPP soll vom Bund übernommen werden.

3.10.7 *Rolle Bund*

Vom Bund wird von den meisten Akteuren eine aktive Rolle gefordert. Dies umfasst verschiedene Ebenen. Zum einen soll der Bund die Leaderposition bei einer eHealth-Strategie und beim Projekt Gesundheitskarte einnehmen. Zum anderen soll der Bund die neue Identifikationsnummer für alle Bürger vergeben. Weiter soll er das Projekt aktiv nach aussen hin vertreten.

Fast alle Akteure sind bereit bei der Ausarbeitung einer Strategie mitzuarbeiten. Da im Moment allerdings niemand versucht aktiv die Zügel in die Hand zu nehmen, wird die Übernahme der Leaderposition beim Bund gesehen. Die Anhörung der verschiedenen Akteure, deren Bedürfnisabklärung und die Diskussion mit ihnen müssen vom Bund oder einer beauftragten unabhängigen Instanz weiterverfolgt werden. Um die Rahmenbedingungen, Prozesse und Standards zu bestimmen soll der Bund die koordinierende Rolle übernehmen und für eine mögliche Trägerschaft in Form einer Public Private Partnership den Impuls geben.

TEIL II: MÖGLICHE MODELLE ZU TECHNIK UND TRÄGERSCHAFT

Nachfolgend sind nach dem im Methodikteil beschriebenen Vorgehen denkbare Modelle für den technischen Bereich und die Trägerschaft abgebildet.

4 Technische Grundlagen³⁶

Gerold R. Baudinot, dipl. Ing. FH; Barbara Flaad, dipl. Ing. FH

Das Health Information Clearinghouse bildet die zentrale Verbindungsstelle zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen. Wie im Abschnitt 1.3.2 beschrieben, soll es in zwei Bereiche gegliedert werden, den operativen und den analytischen Bereich.

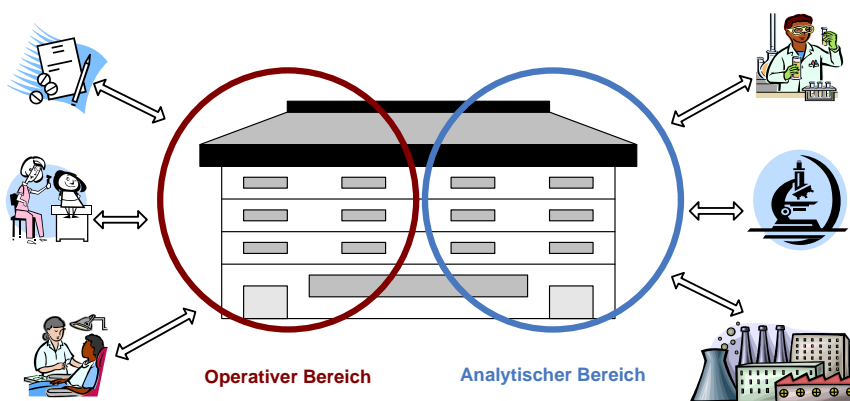


Abbildung 1: operativer und analytischer Bereich des Health Information Clearinghouse eigene Darstellung

Nachfolgend werden diese zwei Bereiche einzeln genauer betrachtet und beschrieben.

4.1 Operativer Bereich

Wer einen Blick ins nahe Ausland wirft, sieht dass dort Gesundheitskarten-Lösungen, die dem geschilderten operativen Bereich entsprechen, bereits eingesetzt werden. In Österreich fiel am 30. Mai 2005 der Startschuss für die elektronische Zukunft des Gesundheitswesens mit dem österreichweiten Kartenversand und der Ausstattung der Arztordinationen mit der e-card Infrastruktur. Ein halbes Jahr später hält nun jeder Österreicher und jede Österreicherin die persönliche e-card in Händen - 8,2 Millionen Karten wurden im Erstversand ausgegeben. Rund 11'700 Vertragsordinationen der Sozialversicherung sind an das e-card System angeschlossen. Über das e-card System werden täglich bereits zwischen 350'000 bis 470'000 Patientenkontakte abgewickelt. Die Technologieanbieter in diesem Projekt sind IBM, Siemens, Telekom Austria und andere³⁷.

³⁶ Technische Begriffe werden im Verzeichnis 12.5 näher umschrieben.

³⁷ ecard, 2006.

Aber nicht nur in Österreich sondern auch in der Lombardei, Dänemark und in weiteren europäischen Ländern gehört eHealth immer mehr zum Alltag im Gesundheitswesen. Diese Beispiele zeigen uns, dass eine Einführung eines Health Information Clearinghouses in der Schweiz kaum an der Technik scheitern wird. Die Komponenten eines solchen Systems sind heute bereits weit verbreitet im Einsatz und weitestgehend standardisiert.

<i>Komponente</i>	<i>Einsatzgebiet</i>
Gesundheitskarte (GK)	<p>Nachfolgend ist unter GK immer nur die Karte selbst gemeint und nicht das System. Das System wird in diesem Kapitel als Health Information Clearinghouse bezeichnet.</p> <p>Die GK ist in alle Anwendungen involviert. Bei der Versicherung liefert sie die Identifikationsdaten. Zudem stellt sie den Schlüssel zum elektronischen Patientendossier dar, damit diese Informationen nur mit dem Willen des Patienten genutzt werden. Dabei kontrolliert sie den Zugriff auf Daten und/oder macht die Daten erst durch Entschlüsselung verwertbar.</p>
Health Professional Card (HPC)	Die persönliche HPC ist für die Signatur von Abrechnungsdaten (z.B. TARMED) erforderlich oder in ähnlichem Rahmen für die elektronischen Verordnungen (eRezept). Ebenfalls signiert werden müssten sämtliche Notfalldaten und alle Einträge in das elektronische Patienten-Dossier. Die HPC weist die Zugriffsrechte gegenüber einer Gesundheitskarte nach.
Institutionenkarte (IK)	Die IK wird für den Zugriff auf die administrativen Daten gebraucht, also von den Versicherungen, der Spital Administration, den medizinischen Praxisassistentinnen usw.
Kartenterminals (KT)	Kartenterminals sind Voraussetzung für die Nutzung der Karten (GK, HPC und IK). Ihre Ausgestaltung wird unterschiedlich sein, ob eine Signaturanwendung mit diesem KT gefahren werden soll oder ob mehrere Slots für die gleichzeitige Nutzung erforderlich sind.
Applikationssoftware mit SSP	Die Applikationssoftware bei den Leistungserbringern wird einer Veränderung unterworfen. Jede Applikation braucht eine Anpassung in der Kernsoftware der Leistungserbringer. Die zentrale Bereitstellung einer Sicherheitssoftwareschicht (SSP) erlaubt das Kartenhandling und die Sicherheitsfunktionen.
Kommunikationsserver	Der Kommunikationsserver ist der Aussenposten der Institution in der Onlinekommunikation. Er schützt mit seinen Sicherheitsfunktionen das dahinter liegende medizinische oder administrative EDV System und ist mindestens mit einem gehärteten Betriebssystem, einer Firewall und einem Virenscreening ausgestattet. Bereits die Onlineverfahren zur Abfrage des aktuellen Versicherungsstatus der Versicherung fordern eine solche Komponente ein.
Administrativer Server	Der administrative Server für die Versicherung enthält die administrativen Daten der Versicherten. Ein Transportdatenserver für das eRezept ist ebenfalls Bestandteil.

<i>Komponente</i>	<i>Einsatzgebiet</i>
Medizinischer Server	Die Ausgestaltung des medizinischen Servers (Speichergröße und Performance) wird sich nach den auf ihm ablaufenden medizinischen Applikationen richten. Hier gilt es noch zu überprüfen, ob die Daten zentral oder dezentral gespeichert werden.
Selbstbedienungsterminal für Patienten	Der Selbstbedienungsterminal ist öffentlich zugänglich. Ein solcher Terminal soll es dem Versicherten erlauben, Einsicht in die über ihn gespeicherten Informationen zu nehmen und bei Bedarf Informationen auf der Karte zu verbergen und wieder sichtbar zu machen. Dies soll ohne das Beisein eines Leistungserbringers oder seines Personals möglich sein.
Integrationsplattform	Die Gesundheitsdienstleister (Spitäler, Ärzte, Apotheken, Therapeuten, Versicherer etc.) arbeiten zum Teil schon mit ihren den jeweiligen Prozessen angepassten Geschäftsfall-Applikationen. Es ist daher mit einer Vielzahl von verschiedenen Plattformen zu rechnen. Wenn Daten in einer Vielzahl von administrativen und medizinischen Servern gelagert sind, müssen diese mittels einer Integrationsplattform zugänglich gemacht werden. Diese Plattform muss Geschäftsfälle wie Notfälle, Medikamenteneinnahme, Allergien, Krankengeschichte usw. einerseits als Service und andererseits im Sinne einer Ontologie semantisch eindeutig abbilden

Table 2: Systemkomponenten des operativen Bereiches
Quelle: in Anlehnung an Debold & Lux³⁸, eigene Darstellung

Im Rahmen unserer Recherche haben wir einige Technologieanbieter in der Schweiz kontaktiert und sie zu diesen Systemkomponenten befragt. Leider haben einige Anbieter bis Redaktionsschluss nicht geantwortet, darum konnten ihre Angaben auch nicht ausgewertet werden. Einige Anbieter haben uns jedoch ausführliche Konzepte und Dokumentationen gesandt. Andere legten uns in persönlichen Gesprächen ihre Sichtweise und Interessen dar. Im folgenden Abschnitt werden einige dieser Ideen und Lösungen zusammengefasst in alphabetischer Reihenfolge wiedergegeben.

4.1.1 Abraxas³⁹

Abraxas gehört zu den führenden schweizerischen ICT-Dienstleistern mit klarem Fokus auf die öffentlichen Verwaltungen, das Gesundheitswesen und Institutionen im staatlichen Umfeld. Abraxas gehört den beiden Kantonen St.Gallen und Zürich und verfügt über solide Eigentumsverhältnisse und gesunde Finanzen. Das Abraxas Healthcare Portfolio umfasst alle nötigen Dienstleistungen um sensible Informationen effizient zu verwalten und sicher auszutauschen. Für das Health Information Clearinghouse schlägt Abraxas vor IBM zSeries Server einzusetzen. Auf allen Servern ist Linux als Betriebssystem vorgesehen, da dieses eine hohe Stabilität des Kerns sowie hohe Sicherheit und Flexibilität bietet. Bei den Karten stehen je nach Anforderung verschiedene Typen von der einfachen Flashspeicherkarte bis zur JAVA-Smartcard zur Auswahl.

³⁸ Debold & Lux, 2005.

³⁹ Hess, 2005.

Abraxas ist aber auch im Gebiet der Integration stark. Sie bieten Services im Bereich von Integration von Subsystemen in eine Fachlösung, verbinden von zwei Fachlösungen durch Schnittstellen-Programme und ähnliches an.

4.1.2 Aspectra⁴⁰

Aspectra ist ein führender Anbieter von Application Outsourcing Dienstleistung in der Schweiz. Sie bieten eine Lösung für den Betrieb der Health Information Clearinghouse Server in ihrem Rechenzentrum an. Die heutige Aspectra Plattform besteht aus einer Vielzahl von Komponenten, welche redundant ausgelegt sind. Mit dieser Architektur wird eine garantierte Verfügbarkeit von 99.9 % erreicht. Zudem erfüllt das Rechenzentrum die IT-Security Outsourcing Richtlinien der Eidgenössischen Bankenkommision.

4.1.3 Hewlett Packard⁴¹

Hewlett Packard (HP) ist im Gesundheitswesen im Bereich der Archivierung sehr aktiv. Sie bieten die HP MAS (Medical Archiving Solution) Lösung an. Diese basiert auf Grid-Technologie, die Industrie-Standard-Server und –Speicher verwendet. Damit ist eine kosteneffektive Speicherung von medizinischen Bilddaten möglich. Zudem ist diese Lösung skalierbar und passt sich den Anforderungen bezüglich des Wachstums an. Dank Schnittstellen Anbindungen zu bestehenden PACS und RIS-Systemen kann das Umfeld problemlos integriert werden.

4.1.4 HIN⁴²

Die HIN eHealth-Plattform ist mit über 10'000 angeschlossenen Health Professionals heute eine der grössten eHealth-Enabler der Schweiz. HIN ist als neutraler Anbieter von Security-Leistungen für Health Professionals positioniert. Es übernimmt in vernetzten Systemen die Authentifizierung der Benutzer und die Verschlüsselung der transportierten Daten. Durch die Zusammenarbeit im Covercard-System mit Ofac, bietet HIN heute schon eine funktionierende Kartenlösung an, die täglich eingesetzt wird. Mit der Anbindung der TrustCentren hat HIN auch bereits eine Verbindung zu den Versicherern.

4.1.5 H-NET⁴³

Die H-Net AG betreibt H-Net im Sinne eines Service Providers (Intermediär). H-Net ging aus der Geschäftstätigkeit der Integic AG hervor. Die Kernkompetenzen von Integic AG sind die Systemintegration und der elektronische Datenaustausch. Das Integic Team ist in den Schweizer Spitalern und bei führenden Finanzdienstleistern gut verankert.

H-Net stellt in der Funktion eines Business-To-Business Transaction Delivery Networks (TDN) das universelle Bindeglied zwischen den verschiedenen Geschäftspartnern im Ge-

⁴⁰ Aspectra, 2005.

⁴¹ Ceriani, 2004.

⁴² Lorini, 2005.

⁴³ H-NET AG, 2005.

sundheitswesen dar. Es handelt sich dabei um ein föderalistisches, offenes Konzept. H-Net bietet volle Transaktionssicherheit und garantiert die Einhaltung des gesetzlichen Datenschutzes. Die online Abfragen der administrativen Patientendaten werden bei H-Net ebenfalls mit dem Covercardsystem der Ofac getätigt.

4.1.6 Microsoft⁴⁴

Gemeinsam mit verschiedenen Kliniken in Deutschland hat Microsoft die eHealth Interoperability Plattform, kurz eHIP entwickelt. Ziel dieser Integrations- und Kommunikationsplattform ist es, die Akteure im Gesundheitswesen bei der Umsetzung der „Integrierten Versorgung“ zu unterstützen und telemedizinische Anwendungen leichter zu ermöglichen. eHIP dient Kunden und Partnern als Betriebs- und Entwicklungsplattform für innovative Lösungen. Die Gewährleistung des Datenschutzes, die Einbindung der Health Professional Card sowie der elektronischen Gesundheitskarte werden bei der Einführung und Weiterentwicklung sichergestellt. Microsoft setzt bei der Entwicklung der eHIP, Dienste und Komponenten auf offene, international und national akzeptierte Standards sowie serviceorientierte Architektur und stellt hierfür neueste Server- und Client-Software-Komponenten auf Basis der .NET-Technologie zur Verfügung.

4.1.7 Parametrix⁴⁵

Die Parametrix Solutions AG ist in der Schweiz Marktführer bei den Klinischen-Informationssystemen und hat ein umfangreiches Know-how im Bereich der klinischen Arbeitsprozesse und der elektronischen Krankengeschichte aufgebaut. Im Juni 2005 hat die Parametrix Solutions AG mit der Qualidoc AG eine Kooperation zur Nutzung der Synergien im Schweizer KIS-Markt beschlossen. Ihre Kompetenz liegt daher ganz klar im Bereich des medizinischen Servers. Für die anderen Komponenten verweisen sie auf Firmen wie HIN oder H-Net.

4.1.8 Post⁴⁶

Die Post spielt bereits heute eine zentrale Rolle als Logistikspezialist und somit „Business Enabler“ für die übergreifenden, logistischen und betriebswirtschaftlichen Geschäftsprozesse im Gesundheitswesen. Sie ist sowohl in der Beschaffungslogistik für Medizinprodukte für Spitäler aktiv, als auch in den Bereichen des Dokumenten-Managements und des Zahlungsverkehrs. Zudem plant die Post ihre Schalter als Registrierungsstelle für elektronische Zertifikate und damit für digitale Identitäten in vernetzten Branchenlösungen einzusetzen. Die Post hat gemeinsam mit der Siemens Schweiz umfangreiche Untersuchungen zum Thema Gesundheitskarte durchgeführt und sie streben eine gemeinsame Lösung an.

⁴⁴ Microsoft, 2006.

⁴⁵ Gerhard, 2005.

⁴⁶ Gygy, 2005.

4.1.9 Siemens

Die Siemens ist eines der führenden Unternehmen im Gesundheitskartenmarkt in Europa. Bei fast allen grossen Projekten hat sie mitgewirkt. In Österreich und der Lombardei wurde die Gesundheitskarte bereits erfolgreich eingeführt. Aber auch in der Schweiz, im Tessiner Projekt Rete Sanitaria, ist die Siemens engagiert⁴⁷.

Laut Herrn Beng von Siemens Schweiz, müssen in der Schweiz noch einige Voraussetzungen erfüllt werden bis die elektronische Gesundheitskarte eingeführt werden kann. So muss eine eHealth-Strategie vom Staat erstellt werden, die klare Zielsetzungen enthält. Die rechtlichen Grundlagen müssen geklärt und Gesetze gegebenenfalls angepasst werden. Des Weiteren muss jemand den Lead übernehmen, die Finanzierung muss geklärt und politisch muss eine mehrheitsfähige Lösung gefunden werden⁴⁸.

Das Siemens-Technologie-Konzept der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Telematikinfrastruktur besteht aus vier Elementen⁴⁹:

- Die elektronische Gesundheitskarte, die für die Authentifizierung, die Speicherung der Basisdaten, die Zugriffsauthorisierung und die Datenspeicherung genutzt wird.
- Die Health Professional Card, die für die Authentifizierung des medizinischen Personals genutzt wird.
- Der Konnektor, der das Bindeglied für den sicheren Datenaustausch ist.
- Die Infrastruktur auf der die Dienste und Anwendungen laufen.

4.1.10 Signpool⁵⁰

Signpool ist im Verein zur Förderung der eGovernment Standards in der Schweiz (eCH) aktiv, dort unter anderem im Bereich der Fachgruppe eHealth⁵¹. Sie können vor allem im Bereich der Applikationssoftware mit SSP eine ausgeklügelte Lösung anbieten. Bei der Kartenlösung verweist Signpool auf Siemens, die mit ihrer Erfahrungen in den Kartenprojekten in Österreich, Deutschland und der Lombardei ein grosses Know-how hat.

Die Signpool bietet eine ZertES konforme Smartcard Anbindung an, welche das Leisten von qualifizierten elektronischen Signaturen⁵² ermöglicht. Die unterstützten Smartcards und die Software OPENLiMit SignCubes entsprechen den technischen und administrativen Vorschriften des Bakom. Mittels dieser Software können Dokumente signiert werden, was bei einer eHealth-Applikation notwendig ist. Die Einführung der elektronischen Unterschrift, welche der Handunterschrift gleichgestellt ist, bringt den Vorteil von medienbruchfreien Geschäftsabläufen und rechtsicheren Geschäftsabschlüssen mit sich⁵³.

⁴⁷ Buetikofer, 2006.

⁴⁸ Beng, 2005b.

⁴⁹ Siemens, 2006.

⁵⁰ Signpool, 2005.

⁵¹ Muster et al., 2005.

⁵² Qualifizierte elektronische Signature = Rechtlich der Handunterschrift gleichgestellt.

⁵³ Muster, 2005.

4.1.11 *Swisscom*

Swisscom IT Services betreut das Gesundheitswesen durch ein eigenes Kompetenzzentrum. Unter anderem bietet sie eine Gesundheitsplattform an, die es allen im Gesundheitsmarkt Beteiligten ermöglicht, Geschäftsprozesse effizient und sicher abzuwickeln. Als unabhängiger, zuverlässiger Partner investiert Swisscom IT Services in den Aufbau einer mandantenfähigen, hochsicheren Integrations- und Datenaustausch-Plattform für den nationalen Gesundheitsmarkt der Basis etablierter Standards. Bereits heute arbeitet Swisscom mit grossen Krankenversicherern zusammen, ist am Rete Sanitaria Projekt massgeblich beteiligt und mit ihrer Tochtergesellschaft Medipa ist sie in Besitz einer grossen Abrechnungskasse. Ein weiteres Indiz dass Swisscom sich weiter auf dem Markt eHealth etablieren will, ist der Kauf von Medgate im Februar 2006⁵⁴.

4.2 *Analytischer Bereich*

Wie oben beschrieben, stellt der analytische Bereich anonymisierte Daten für Forschungszwecke zur Verfügung. Dieser Bereich birgt ein grosses Einnahmepotential. Wir gehen davon aus, dass die Forschung bereit ist, für solche Daten zu bezahlen. Laut Dr. Markus Diethelm vom Kantonsspital St. Gallen wäre ein Gesundheitsdatenregister aus gesundheitspolitischer Sicht sehr wünschenswert. Da die Schweiz bezüglich medizinischem Datenmaterial und Statistiken ein Entwicklungsland sei⁵⁵. Ein solcher Informationspool ist aber nicht nur für die Forschung von Nutzen, sondern auch für sämtliche Akteure im Gesundheitswesen. So können epidemiologische Studien mit grossen Datenmengen durchgeführt werden. Gesundheitsbehörden, Ärzte, Apotheker und Labors können so früher auf sich entwickelnde Probleme reagieren und beispielsweise Risikogruppen für bestimmte Krankheiten schneller identifizieren. Denkbar wären Studien im Bereich von Wirksamkeitsüberprüfungen von Heilverfahren, bei der Entwicklung von neuen Medikamenten und verschiedene andere Auswertungsmöglichkeiten.

Von der Technologieseite her betrachtet, ist der analytische Bereich ein Data Warehouse. Operationelle Fundamentaldaten, wie Krankengeschichte, Röntgenbilder, Laborwerte, Analysen, Diagnosen usw. werden gesammelt, mit einem Transformations-Werkzeug anonymisiert, bereinigt und im Data Warehouse gespeichert. Diese Transformation ist irreversibel, das heisst, sie kann nicht rückgängig gemacht werden. In diesem Data Warehouse müssen die gespeicherten Daten semantisch beschrieben werden. Das heisst Informationen zur Entstehung und Bedeutung der Daten der Analyse sind durch Metadaten zugänglich zu machen.

Der Benutzer kann mittels eines informatikgestützten Prozesses Abfragen an das System stellen. Dieser Abfrage-Prozess muss so einfach sein, dass er auch von einem Laien durchgeführt werden kann. Mit dem Stellen der Anfrage muss der Benutzer auch begründen, warum er diese Daten möchte und zu welchem Zweck er sie verwenden wird. Dann wird darüber entschieden ob man seine Abfrage bearbeiten kann und will. Bereits wäh-

⁵⁴ Swisscom, 2006.

⁵⁵ Grimm, 2005.

rend dem Erstellen der Abfrage findet eine Interaktion zwischen Benutzer und Betreiber statt. Der Betreiber steht dem Benutzer unterstützend zur Seite und leitet ihn, mittels des Informatik gestützten Prozesses und falls nötig auch persönlich, durch die Abfrage.

Das Resultat der Abfrage ist je nach Wunsch des Benutzers ein Data Mart, das bedeutet die unbearbeiteten Daten. Oder er benutzt die vom System zur Verfügung gestellt Auswertungs-Software (Data Mining, OLAP, usw.) um die Daten weiter zu bearbeiten. Denkbar wäre an dieser Stelle auch, dass noch ein Statistiker engagiert werden kann, der die Daten auswertet. Somit wäre diese Dienstleistung auch von Klein- und Mittelunternehmen nutzbar, die nicht über eine eigene oder nur über eine kleine Forschungsabteilung verfügen. Dieses System unterscheidet sich insofern von einem klassischen Data Warehouse, als dass nicht nur einfache Daten als Resultate bearbeitet werden, sondern verlinkte Daten. Der Benutzer sieht als Resultat also nicht nur die Diagnose, sondern kann auf die Fundamentaldaten (Laborwerte, Röntgenbilder, usw.) zurückgreifen, die zu dieser Diagnose geführt haben.

Aus den folgenden Komponenten wird ein solcher analytischer Bereich aufgebaut sein:

<i>Komponente</i>	<i>Einsatzgebiet</i>
Analystenkarte (AK)	Mittels der AK können Datenabfragen im analytischen Bereich getätigt werden. Jede Abfrage soll mittels einer Signatur, eine Spur hinterlassen, damit man nachweisen kann wer welche Daten bezogen hat.
Kartenterminal (KT)	Kartenterminals sind Voraussetzung für die Nutzung der Analystenkarte. Da bei jeder Abfrage eine Signatur erzeugt wird, muss das KT dies unterstützen.
Daten Server	Auf dem Daten Server werden die anonymisierten Patientendaten gesammelt. Hier werden keine Daten abgeändert, sondern nur neue hinzugefügt. Die Daten sind sowohl strukturiert, als auch Text- und Bilddaten vorhanden. Es soll ein eigentliches Data Warehouse entstehen.
Kommunikations-Server	Der Kommunikationsserver ist der Aussenposten der Institution in der Onlinekommunikation. Er schützt mit seinen Sicherheitsfunktionen das dahinter liegende medizinische oder administrative EDV System und ist mindestens mit einem gehärteten Betriebssystem, einer Firewall und einem Virenscreening ausgestattet. Bereits die Onlineverfahren zur Abfrage des aktuellen Versicherungsstatus der Versicherung fordert eine solche Komponente ein.
Abfrage-Portal	Der Benutzer wird durch den Workflow des Prozesse elektronisch und wo nötig auch persönlich begleitet.
ETL-Werkzeug	Das ETL-Werkzeug bringt die Daten vom operativen in den analytischen Teil und anonymisiert sie gleichzeitig.
Applikationssoftware (Datamining, OLAP usw.)	Über die Applikationssoftware können die Benutzer die Daten auswerten, respektive weiter bearbeiten.

Tabelle 3: Systemkomponenten des analytischen Bereiches
Quelle: in Anlehnung an Debold & Lux⁵⁶, eigene Darstellung

⁵⁶ Debold & Lux, 2005.

4.3 Nächste Schritte

Einer Umsetzung des operativen Bereiches steht aus technischer Sicht nichts mehr im Weg. Ein Schweizer Lösungsanbieter könnte mit Sicherheit von den Erfahrungen ähnlicher Projekte im Ausland profitieren. Es gibt jedoch Themen, die es für ein Schweizer Projekt noch abzuklären gilt. Dazu gehören Aspekte wie die eindeutige Patientenidentifikationsnummer, die Qualität der digitalen Zertifikate, die elektronische Krankengeschichte usw. Einige dieser Punkte werden bereits heute von der Fachgruppe eHealth des Vereins eCH⁵⁷ bearbeitet.

Ein weiterer Schritt ist eine Abschätzung des allfälligen Nutzens eines Systems „Health Information Clearinghouse“. Für den Aufbau einer solchen Infrastruktur ist mit grossen **Investitionen** zu rechnen. Die Kosten eines Health Information Clearinghouse mit einem analytischen Teil korrelieren sicherlich stark mit den Mengengerüsten der Fälle (z.B. Krankengeschichten) und der daraus resultierenden Datenmengen.

Wir gehen davon aus, dass im Zusammenhang mit den Fallpauschalen im stationären Bereich ähnliche Ausgangsdaten wie für ein Clearinghouse benötigt werden. Es ist zumindest nahe liegend dieses Mengengerüst zur Abschätzung der Volumina im analytischen Bereich zu nutzen. Laut Herr Uwe Kleinschmidt der Firma SAS werden in einigen grossen Deutschschweizer Kantonen bereits Daten gesammelt, die für eine solche Abschätzung wertvoll sein könnten⁵⁸.

Die oben zitierte Aussage von Uwe Kleinschmidt wurde im Zusammenhang mit DRG gemacht. Dies ist ein weiterer Aspekt, den man bei der Betrachtung der Zukunft nicht aus den Augen verlieren darf. DRG steht für Diagnosis Related Groups, also von Fallpauschalen aus dem OKP Bereich. Um diese Fallpauschalen festzulegen, müssen ebenfalls Daten gesammelt und ausgewertet werden. Eine solche Auswertung wäre im analytischen Bereich des Health Information Clearinghouses möglich. Aus diesem Grund sollten hier Synergien genutzt und Daten nicht doppelt und dreifach gespeichert und aufbereitet werden.

Des Weiteren muss die Ausgestaltung der Architektur des analytischen Bereiches verfeinert werden. Dazu sind die Anforderungen in einem Detail-Beschrieb genau zu spezifizieren. Die Aussagen die wir diesbezüglich in den Interviews dokumentiert haben sowie die Aussagen, die in der Arbeit von Grimm⁵⁹ beschrieben sind, sind qualitativer Natur. Das heisst man bejaht den Nutzen. Es ist heute beispielsweise nicht klar, in welchem Umfang diese Daten gewünscht werden, ob die Daten in einem generischen Pool gesammelt werden sollen und welche Detailtiefe benötigt wird.

Auf der Anforderungsspezifikation basierend sollen mittels einer Machbarkeitsstudie offene Fragen geklärt werden. Dies wird insbesondere bei der Analyse von semi- und nicht strukturierten Daten wichtig sein, weil in diesen Bereichen (Information Retrieval / Text Mining) die technologische Entwicklung rasant fortschreitet.

⁵⁷ eCH, 2006.

⁵⁸ Gespräch mit Uwe Kleinschmidt am 12. Dezember 2005.

⁵⁹ Grimm, 2005.

Das Resultat der Machbarkeitsstudie muss ein stabiler Architekturvorschlag sein, der mit den Anforderungen die Grundlage für eine Ausschreibung (Pflichtenheft) bildet.

Ein mögliches Vorgehen wäre, dieses Anliegen in der Fachgruppe eHealth des Vereins eCH weiter zu vertiefen.

Insgesamt gilt es eine Infrastruktur zu gestalten, die nicht nur den heutigen Anforderungen gerecht wird, sondern auch die Adaptionfähigkeit besitzt um als Treiber einer langfristigen Transformation des Gesundheitssystems zu wirken.

5 Trägerschaft

Hans Oury, dipl. Ing. HTL

Für die Trägerschaft des Projekts Gesundheitskarte kommen verschiedene Modelle in Frage. Es können staatliche oder private Institutionen sowie auch gemischte Formen als Trägerschaft für die Gesundheitskarte in Betracht gezogen werden. Da bei der Gesundheitskarte staatliche und privatwirtschaftliche Akteure involviert sind, ist unserer Meinung nach ein Public Private Partnership Modell, kurz PPP-Modell einer rein staatlichen oder rein privaten Trägerschaft vorzuziehen. Die zunehmende Dynamik im Gesundheitswesen und die knappen finanziellen Ressourcen bei Bund und Kantonen sind weitere Gründe, die für ein PPP-Modell sprechen.

Wie unter 1.3.3.4 beschrieben ist die Aufgabenerfüllungs-PPP unseres Erachtens der geeignete PPP-Typ für das Projekt Gesundheitskarte, da nicht die reine Beschaffung im Vordergrund steht, sondern vielmehr das Zusammenwirken sämtlicher Akteure im Gesundheitswesen.

5.1 Mögliche Partner im Rahmen des Vorhabens Gesundheitskarte

Auf Basis der verschiedenen Besprechungen mit Akteuren im Gesundheitswesen sowie von Interessensabklärungen mit „Industriepartnern“ konnten mögliche Partner einer PPP für die Gesundheitskarte identifiziert werden.

Die Rechtsform der Trägerschaft ist zurzeit noch nicht bestimmt. Im Sinne eines Beispiels wird in der Folge von einer Gesellschaftsform ausgegangen. Die Akteure, Partner und ihre möglichen Rollen im Rahmen einer Betriebsgesellschaft werden in der folgenden Grafik dargestellt:

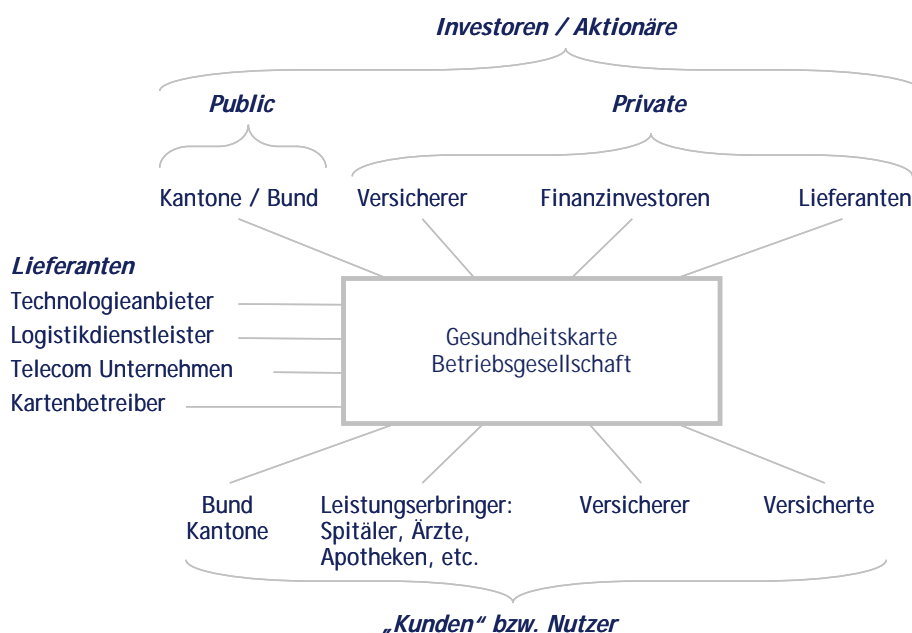


Abbildung 2: Akteure und Partner im Rahmen der Gesundheitskarte
Eigene Darstellung

5.1.1 Public Partner

Als Public Partner kommt ein oder mehrere Kantone mit und ohne Beteiligung des Bundes in Frage. Grundsätzlich liegt die Gesetzgebung im Gesundheitswesen beim Bund, die Ausführung bei den Kantonen. Welcher Bereich der öffentlichen Hand im Rahmen einer PPP welche Rolle übernimmt, ist zurzeit noch offen.

5.1.2 Private Partner

Im Rahmen der Gespräche mit verschiedenen Akteuren wurden drei verschiedene Gruppen möglicher Investoren als „Private Partner“ Kandidaten identifiziert:

- Lieferanten
 - Die potenziellen Knowhow- und Systemlieferanten bieten sich idealerweise als private Partner für die PPP-Gesundheitskarte an. Diese Partner können als strategische Investoren betrachtet werden, denn ihre Investition ist an eine bestimmte Leistungserbringung im Rahmen des PPP-Vorhabens gekoppelt. Aus den verschiedenen Leistungsbereichen sind folgende konkrete Kandidaten denkbar:
 - Technologieanbieter:
Informationstechnologie-Anbieter, wie Siemens oder HP zeigen reges Interesse, im Bereich der Gesundheitskarte eine Partnerrolle im Rahmen einer PPP einzunehmen. Diese Anbieter verfügen bereits über grosse Erfahrungen vergleichbarer Projekte im angrenzenden Ausland und sind daher potenzielle Lieferanten für die gesamte IT-Plattform für die Gesundheitskarte.
 - Logistikdienstleister:
Die Post mit der national am besten organisierten Logistik bietet sich als Kandidat für die Bewirtschaftung und Bereitstellung der physischen Gesundheitskarte an. Aber auch Migros und Coop aus dem Retailbereich sind grundsätzlich mögliche Kandidaten im Bereich Logistik.
 - Telecom Unternehmen:
Swisscom bzw. nationale oder internationale Anbieter mit einer zweckmässigen Telekommunikationsinfrastruktur sind geeignete Kandidaten für die Anbindung der verschiedenen Datenterminals und für den Datenaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren.
 - Kartenbetreiber:
Kunden- bzw. Kreditkartenbetreiber wie etwa Telekurs oder Accarda (Tochtergesellschaft der Swisscom) sind ebenfalls potenzielle Lieferanten und damit mögliche Partner.

Diese Aufzählung ist nicht abschliessend und soll lediglich aufzeigen, wie konkrete private Partner im Rahmen einer PPP-Gesundheitskarte mitwirken könnten. Je umfassender das vorgesehene Leistungsangebot des privaten Partners für eine Gesundheitskarte ist, desto höher ist das strategische Interesse und damit die Bereitschaft als möglicher privater Partner ein beträchtliches finanzielles Engagement bei einer PPP einzugehen.

- Versicherer
Die Krankenversicherer haben ein vitales Interesse an der Gesundheitskarte und sind deshalb ebenfalls mögliche private Partner.
- Finanzinvestoren
Finanzinvestoren sind Kapitalgeber mit einer reinen Renditezielsetzung. Typischerweise kommt diese Investorengruppe in einer späteren Finanzierungsrunde als privater Partner zum Einsatz. In einer ersten Finanzierungsphase, in der in der Regel das Erfolgsrisiko noch relativ hoch ist, engagiert sich in der Regel noch kein Finanzinvestor.

5.2 Mögliche Ausgestaltung der Trägerschaft am Beispiel gematik

Die gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) ist eine Betriebsorganisation, die von den Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens im Januar 2005 gegründet wurde⁶⁰. Ihre Aufgabe ist die Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und ihrer Infrastruktur als Basis für Telematikanwendungen im Gesundheitswesen.

Die Gesellschafter der gematik sind die 15 Spitzenorganisationen im deutschen Gesundheitswesen bestehend aus⁶¹:

- Krankenversicherungen und Krankenkassenverbänden
- Deutscher Apothekerverband
- Bundesärztekammer
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Der Beirat kann Empfehlungen zu gesetzgeberischen, organisatorischen und technischen Massnahmen zur Sicherstellung der übergeordneten Ziele aussprechen. Im Beirat der gematik sind u.a. folgende Organisationen bzw. Akteure vertreten⁶²:

- Bundesländer
- Patientenorganisationen
- Wissenschaft (Universitäten und Fachhochschulen)
- Industrieverbände aus dem Bereich Informationstechnologie
- Bundesbeauftragter für Datenschutz
- Bundesbehörden
- Krankenkassenverbände
- Leistungsträger

⁶⁰ gematik, 2006c, "Wer wir sind".

⁶¹ gematik, 2006b, "Gesellschafter der Gematik".

⁶² gematik, 2006a, "Beirat".

5.3 Finanzierung, Kapitalkosten und Kapitalstruktur

Wie bereits beschrieben, sind die genaue Definition der durch die Partner zu erbringenden Leistungen sowie ein tragbares Finanzierungskonzept Grundvoraussetzungen für ein erfolgreiches PPP-Projekt. Damit möglichst viele Vorteile einer PPP (Effizienzsteigerung, Kapital aus der Privatwirtschaft etc.) ausgeschöpft werden können, empfiehlt es sich, ein gewinnorientiertes PPP-Modell anzustreben. Zusätzlich ist das finanzielle Engagement von privaten Kapitalgebern an gewisse Renditeerwartungen für das eingesetzte Kapital geknüpft. Diese Renditeerwartungen der privaten Kapitalgeber können am ehesten in einem gewinnorientierten PPP-Modell erfüllt werden.

5.3.1 Kapitalkosten

Im Hinblick auf die Finanzierung von PPP-Projekten wird in der öffentlichen Diskussion immer wieder die Frage aufgeworfen, ob eine private Bereitstellung des erforderlichen Kapitals wirtschaftlich sinnvoll ist⁶³. Je nach Risiko erwartet der private Partner eine Eigenkapitalrendite von 10% bis 20% pro Jahr. Demgegenüber können sich öffentlich-rechtliche Körperschaften durchaus über Darlehen im Bereich von rund 3% Kapitalkosten finanzieren. Wichtig ist deshalb die Erkenntnis, dass durch eine PPP die Effizienz bei der Realisierung einer öffentlichen Aufgabe wesentlich gesteigert wird. Internationale Studien belegen Nutzenpotenziale von PPP-Projekten von bis zu 20%⁶⁴. Diese Effizienzsteigerung übersteigt erfahrungsgemäss den Effekt der höheren Finanzierungskosten. Im Weiteren soll die Finanzierung eines PPP Projektes wie bei rein privatwirtschaftlichen Projekten aus einem Mix aus Eigen- und Fremdkapital erfolgen, so dass mit einem Gesamtkapitalkostensatz von unter 10% gerechnet werden kann.

5.3.2 Ermittlung des Finanzierungskonzeptes und der Kapitalstruktur

Nachfolgend werden die wesentlichen Bestimmungsgrößen für ein tragbares Finanzierungskonzept und damit für eine optimale Kapitalstruktur für das Projekt Gesundheitskarte kurz skizziert.

Die realistische Planung von zukünftigen Gewinnen (Cash Flows) sowie die genaue Festlegung der Mechanismen für die zukünftige Gewinnverteilung sind für das Engagement von privaten Partnern von zentraler Bedeutung. Für die Planung der zukünftigen Cash Flows sollte der Leistungsumfang der PPP sowie das Business-Modell der PPP festgelegt sein. Darauf aufbauend wird ein integrierter Finanzplan, der mehrere Planjahre umfasst, erstellt.

Die folgende Graphik zeigt schematisch die wichtigsten Elemente und Verknüpfungen eines integrierten Finanzplans:

⁶³ Bolz, 2005, S. 171.

⁶⁴ Bolz, 2005, S. 6.

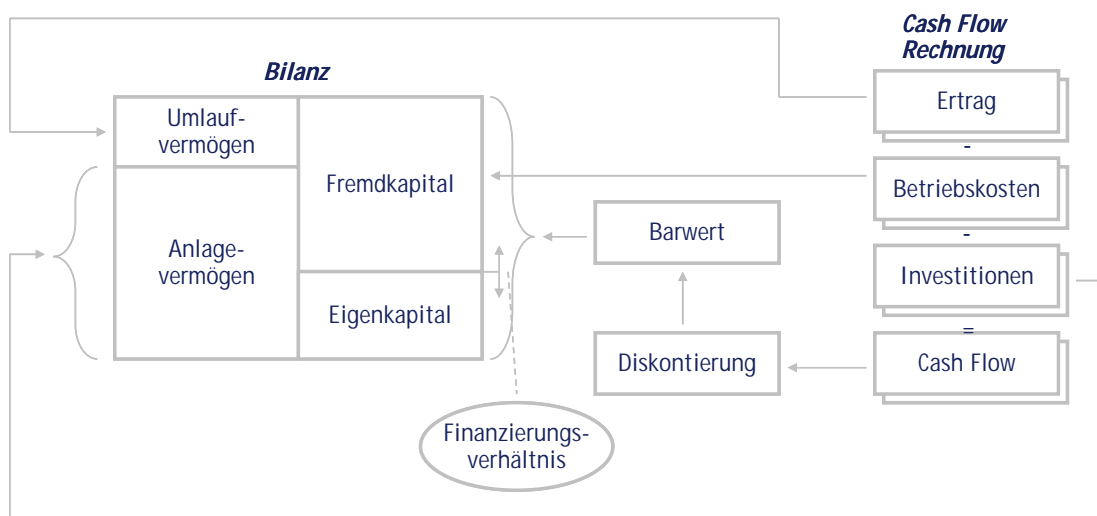


Abbildung 3: Bestimmungsgrößen für das Finanzierungs-konzept und die Kapitalstruktur
Eigene Darstellung

Der mehrjährige Finanzplan besteht aus Planerfolgsrechnung, Planbilanz und Cash Flow Rechnung und zeigt im Ergebnis die durch das Business Modell erwirtschafteten Cash Flows. In vereinfachter Form resultiert der Cash Flow aus dem Ertrag abzüglich Betriebskosten und Investitionen. Die Steuern werden in dieser Darstellung vernachlässigt. Aufgrund der Gesamtkapitalbetrachtung erfolgt die Cash Flow-Berechnung vor Berücksichtigung der Zinsen. Die auf den heutigen Zeitpunkt diskontierten⁶⁵ Cash Flows ergeben den Barwert des PPP Projektes zum heutigen Zeitpunkt.

Die im Finanzplan ermittelten Cash Flows ermöglichen die Bestimmung des Finanzierungs-konzeptes sowie der optimalen Kapitalstruktur für das PPP Projekt.

5.4 Fazit

Eine PPP bietet sich als geeignetes Modell für eine Trägerschaft im Rahmen des Projektes Gesundheitskarte an. Zum einen lässt sich das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen mit einer PPP am besten organisieren, zum anderen bietet eine PPP die Offenheit, ein Vorhaben nach finanzwirtschaftlichen Zielsetzungen zu führen.

Der Finanzplan stellt das zentrale Element für die Finanzierungsentscheidungen dar und ist in einem nächsten Schritt im Detail auszuarbeiten.

⁶⁵ Der Diskontsatz entspricht dem gewichteten Gesamtkapitalkostensatz (Mischsatz aus Eigen- und Fremdkapitalkosten).

TEIL III: MEDIZINISCHE, ETHISCHE, ÖKONOMISCHE UND RECHTLICHE ASPEKTE

Dieser dritte Teil befasst sich mit den medizinischen, ethischen, ökonomischen Aspekten und beleuchtet die rechtlichen Grundlagen zur Gesundheitskarte / Health Information Clearinghouse und zur Public Private Partnership.

6 Medizinische Aspekte

Dr. med. Philip Strasser

Unter eHealth versteht man den integrierten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT) im Gesundheitswesen und es hat zum Ziel, dass alle Akteure im Gesundheitswesen über durchgehende und standardisierte elektronische Prozesse effizient miteinander kommunizieren und Daten austauschen können. Im Vordergrund stehen eine hohe Datendichte und eine hohe Komplexität an Informationen. In unserem Gesundheitswesen geht man von erheblichen Kosten durch Medienbrüche, Redundanzen und mangelnde Koordination der Prozessabläufe aus. Die Integration von ICT soll dazu beitragen, Qualität, Effizienz und Sicherheit im Gesundheitswesen zu verbessern.

Für die medizinischen Belange kann das Ziel von eHealth vereinfacht in einem Satz zusammengefasst werden: Die richtige Information zur richtigen Zeit am richtigen Ort bei der richtigen Person.

Nach Meinung der meisten Akteure werden bereits mit einer Versichertenkarte administrative Prozesse vereinfacht werden können, ein direkter medizinischer Nutzen hingegen wird damit nicht erzielt. Erst die Erweiterung zur Gesundheitskarte lässt diesen Nutzen erwarten. In den folgenden Ausführungen sollen die im Zusammenhang mit dem medizinischen Nutzen eingebrachten Begriffe erläutert und damit verbundene Diskussionspunkte beleuchtet werden.

6.1 Arzneimitteldokumentation

Praktisch jedes Medikament hat sowohl erwünschte als auch unerwünschte Wirkungen. Die Zahl der Wirkstoffe, der zugelassenen Präparate und die Zahl der Wechselwirkungen nehmen stetig zu. In der Arzneimitteltherapie besteht stets das Risiko, dass die Wirkung der Arzneimittel, die der Arzt verschreibt, in Verbindung mit anderen Medikamenten verstärkt, abgeschwächt oder aufgehoben wird oder zu nicht kalkulierten Wechselwirkungen führt. Im schlimmsten Fall können die verordneten Arzneimittelkombinationen die Gesundheit der Patienten gefährden und sogar zum Tod führen. Nach vorsichtigen Schätzungen muss davon ausgegangen werden, dass mehr Menschen an den Folgen von unerwünschten Arzneimittelereignissen sterben als im Straßenverkehr. Arzneimittelnebenwirkungen nehmen gemäss einer Meta-Analyse von prospektiven Studien in den USA zwi-

schen Platz vier und sechs der Todesursachen ein⁶⁶. Durch die Fülle unterschiedlicher Wirkstoffe und Präparate ist es für Ärzte immer schwieriger, den Anforderungen einer angemessenen und sicheren Arzneimitteltherapie gerecht zu werden. Zusätzlich ergibt sich das Problem, dass dem behandelnden Arzt oft nicht bekannt ist, welche Arzneimittel von anderen Ärzten verordnet worden sind oder welche nicht verschreibungspflichtige Mittel der Patient selber einnimmt. Wechselwirkungen oder Doppelverordnungen bleiben so oft unbemerkt.

Zudem können schlecht leserliche Rezepte und ungenaue Angaben zu mühsamen Rückfragen oder Missverständnissen führen. Eine Medikationsstudie der Orthopädischen Klinik am Inselspital Bern zeigte, dass die kumulierte Fehlerrate im Medikationsprozess beinahe 10% beträgt. Interaktionen treten bei fast 20% der verordneten Medikamente auf⁶⁷.

Die Verordnung von Arzneimitteln soll elektronisch unterstützt werden. Ein System von Fachinformationen soll bei der Entscheidung zur Auswahl von Arzneimitteln helfen. So könnten die Arzneimittel, die dem Patienten verschrieben werden, sowohl mit den Medikamenten, die er in den letzten Wochen und Monaten erhalten hat, als auch mit Befunden und Diagnosen, bei denen bestimmte Arzneimittel nicht eingesetzt werden sollten (so genannte Kontraindikationen, z.B. bei Schwangerschaft, Überempfindlichkeit gegen einzelne Wirkstoffe) verglichen werden. Das System meldet z.B. Mehrfachverordnungen gleicher beziehungsweise gleichartiger Wirkstoffe, zeigt Interaktionen zwischen Medikamenten an und erzeugt eine Meldung bei atypischer Dosierung. Die persönliche Dokumentation der aktuellen Medikation eines Patienten hilft in der medizinischen Betreuung, die Medikamente sicher und gezielt einzusetzen. Dies gilt insbesondere dann, wenn mehrere Ärzte und/oder Institutionen im Behandlungsprozess involviert sind. Mit der Implementierung des eRezeptes können zudem die Medienbrüche zwischen Arzt, Spital und Apotheke vermindert werden. In Deutschland z.B. ist das eRezept ein integrierender Bestandteil der Gesundheitskarte. Inwieweit der Nutzen im Vergleich zum Aufwand für Struktur- und Systemanpassung im Verhältnis steht, wird zurzeit kontrovers diskutiert.

6.2 Notfalldatensatz (*Limited clinical data*)

In einer Notfallsituation trifft der Arzt oder das Rettungspersonal in der Regel auf Patienten, die sie selber persönlich nicht kennen. Informationen, die über die Gesundheitskarte verfügbar gemacht werden können, helfen ein umfassenderes Bild des Patienten zu gewinnen. Dies kann beispielsweise dazu führen, dass beim Eintritt in die Klinik die weitere Betreuung schneller und zielgerichteter erfolgen kann. Der Nutzen der Verfügbarkeit solcher Daten muss in der Praxis für die verschiedensten Situationen aufgezeigt werden.

Der Notfalldatensatz kann folgende Informationen beinhalten: Angaben zu Diagnosen wie Grunderkrankungen, Allergien und individuelle Risiken des Versicherten, Dokumentation von Arzneimittelunverträglichkeiten und relevanten aktuellen Medikamenten, Informationen zu wichtigen erfolgten operativen Eingriffen oder therapeutischen Massnahmen, An-

⁶⁶ Lazarou et al., 1998, S. 1200.

⁶⁷ Egli S., Hartel M. et al. in publication.

gabe zum Impfstatus wie z.B. Tetanus oder Hepatitis B. Der Nutzen des Notfalldatensatzes wird nochmals grösser, wenn die Informationen auch im Ausland gelesen werden können. Basisdaten könnten dafür z.B. in englischer Sprache abgelegt werden. Die Netlink-Standards⁶⁸ verfügen über einen solchen definierten Datensatz. Dieser ist z.B. auch im Tessiner Projekt Rete sanitaria implementiert.

Für den Patienten besteht die Möglichkeit, wichtige Kontaktdaten zu speichern. Dies ermöglicht im Notfall eine rasche Information nahe stehender Menschen oder des behandelnden Arztes. Ebenso kann auf Wunsch über die Gesundheitskarte der Zugriff auf eine Patientenverfügung oder eine Erklärung zur Organspende gewährleistet werden.

6.3 Elektronische Krankengeschichte

Mit den verschiedenen Ausbaustufen einer elektronischen Patientenakte besteht in der Zukunft die Möglichkeit, behandlungsrelevante Daten - von der Medikation bis hin zu diagnostischen Bilddaten - über die Gesundheitskarte abrufen zu können. Je besser der behandelnde Arzt über Diagnosen, wichtige Befunde und über den Therapiestatus seines Patienten informiert ist, desto effektiver kann er seine Behandlung auf die medizinischen Erfordernisse abstimmen. Befunde, Therapieangaben, Berichte und weitere notwendige medizinische Informationen können mit Zustimmung der Patienten zeitgerecht dort abgerufen werden, wo sie benötigt werden. Ein mühsames und zeitaufwändiges Suchen von medizinischen Vorbefunden entfällt, vorausgesetzt die Daten sind in einer standardisierten, aktualisierten und lesbaren Form verfügbar. In einer schlecht vorbereiteten Lösung besteht die Gefahr eines Datenfriedhofes, der kaum einen Nutzen bringen wird. Vorteile sind insbesondere in Situationen zu sehen, in denen der Patient dem behandelnden Arzt neu oder die Krankengeschichte ihm unzureichend bekannt ist. Für den Patienten ist es oft nicht möglich, dem Arzt oder Therapeuten detailliert die benötigten Informationen zu liefern. So kann das Vorhandensein von elektronischen Daten z.B. auch bei fremdsprachigen Patienten von grossem Vorteil sein.

Es ist zurzeit noch unklar, wie die medizinischen Daten der Patienten elektronisch erfasst werden sollten. Vor allem aus Sicht der Ärzte müsste zuerst geklärt werden, wer dies machen würde, welche finanziellen Anreize allenfalls bestehen und wer für die Investitionen für Hard- und Software aufkommen wird. Die Digitalisierung der bestehenden alten Krankengeschichten wird als unrealistisch eingestuft. Vielmehr geht man davon aus, die Daten in strukturierter Form ab einem bestimmten Zeitpunkt digital zu erfassen. Nach Ansicht einzelner Akteure wird ein Nutzen erst dann generiert, wenn möglichst viele Patienten mitmachen. Man ist sich einig, dass eine Verpflichtung der Patienten bereits bei der Einführung der Gesundheitskarte wegen fehlenden gesetzlichen Grundlagen und wegen Akzeptanzgründen nicht durchsetzbar ist. Vor allem in der Ärzteschaft ist neben den Befürwortern auch starker Widerstand gegen die Umstellung auf eine elektronische Krankengeschichte und die erweiterte Nutzung durch die Gesundheitskarte spürbar. Hier ist es sicher hilfreich, den praktischen Nutzen durch bestehende Ansätze und Lösungen aufzuzeigen und Fragen zu klären, wie z.B. die Daten beim Arzt erfasst, gespeichert und aktua-

⁶⁸ Netlink ist ein Konsortium welches zum Ziel die internationale Interoperabilität von nationalen Gesundheitsnetzwerken hat.

lisiert werden, welches der Zeitaufwand ist, mit dem Patienten zu besprechen, was und wie erfasst, verändert oder gelöscht werden soll, was geschieht, wenn der Patient die Karte vergisst oder verliert etc. Aus Sicht der meisten Akteure wird davon ausgegangen, dass durch die elektronische Krankengeschichte wiederholte Anamnesen vermindert werden können.

6.4 Doppeluntersuchungen/Ärztelisting

Durch die elektronische Verfügbarkeit der medizinischen Daten werden immer wieder die Einsparung von Doppeluntersuchungen und das Unterbinden des Ärztelisting, d.h. das häufige Wechseln der ärztlichen Bezugspersonen genannt. In den Diskussionen mit den Akteuren zeigt sich aber bei den meisten, dass diesbezüglich der Nutzen kritisch beurteilt wird. Sicher können einzelne Untersuchungen eingespart werden und es müssen Verlaufsuntersuchungen medizinisch begründet werden können, das Einsparpotential wird aber eher als gering eingestuft. Die Gesundheitskarte wird nicht als effektives und adäquates Instrument zur Unterbindung von Doppeluntersuchungen oder des Ärztelisting gesehen.

6.5 Patient-Empowerment

Der Begriff wird in den Diskussionen unterschiedlich verwendet. Unter der Sichtweise, dass der Patient Besitzer seiner Daten ist und er in der medizinischen Betreuung einen Weg durch die verschiedenen Abklärungen und Therapien geht und dabei selektiv Leistungen von verschiedenen Anbietern in Anspruch nimmt, sollen seine Rechte gestärkt werden. Er soll vermehrt in die Prozesse einbezogen werden. Das heißt, der Patient als Eigentümer seiner Daten bestimmt selber, was mit diesen geschehen soll. Er stellt diese je nach Wunsch und Absicht z.B. Ärzten und anderen Leistungserbringern zur Verfügung oder nicht. Mittels klar geregelten Zugriffsrechten soll ihm diese Datenhoheit ermöglicht werden. Er hat jederzeit Einblick in seine medizinischen Daten. Damit soll Transparenz geschaffen und die Betroffenen zu mündigen Patienten und Partner der Leistungserbringer bei Entscheidungen werden. Das Wissen um die eigene Gesundheit und Krankheit kann verbessert werden mit dem Ziel, die Eigenverantwortung, Autonomie und Selbstbestimmung zu fördern. Dabei ist anzuführen, dass das Verstehen der eigenen Daten Voraussetzung dafür ist, dass die Patienten ihre Rechte wahrnehmen können. Information ist alleine noch nicht Wissen und Wissen bedeutet noch nicht die Fähigkeit und Fertigkeit, damit adäquat umzugehen. Aus Sicht der Patientenorganisation stellt sich z.B. die Frage, wie viel Verantwortung zukünftig die Patienten tragen können und ob diese Verantwortung, die eigenen Daten selbst zu „managen“, angesichts der Informations- und Entscheidungsflut nicht auch zu einer Überforderung des Patienten führen kann. Unter den Akteuren gibt es Stimmen, die kritisch hinterfragen, inwiefern die Patienten überhaupt bereit sind, mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung bezüglich ihrer Gesundheit wahrzunehmen und sich stimulieren lassen, sich selber besser zu informieren. Nicht eingeschlossen sind jene Patienten, die aufgrund ihres Lebensumstandes diese Selbstbestimmung gar nicht übernehmen können. Der Nutzen sollte hier in den weiteren Diskussionen noch konkretisiert werden.

Das Empowerment der Patienten wird vor allem in der politischen Diskussion gerne als Argument angeführt, um die Akzeptanz zu erhöhen, indem der Bürger respektive Patient in das Zentrum gestellt wird. Auf der einen Seite ist der Anreiz zur Selbstbestimmung erstrebens- und wünschenswert, auf der anderen Seite werden von einzelnen Akteuren Bedenken bezüglich des Datenschutzes sowie Angst vor dem gläsernen Patienten geäußert. Dass der Datenschutz gewährleistet werden muss, ist unbestritten. Im Vergleich zur heutigen Datenschutzlage und der Möglichkeit zum Datenmissbrauch ist jedoch durch die Einführung der Gesundheitskarte in dieser Hinsicht durchaus auch eine Verbesserung zu erwarten. Die elektronische Verfügbarkeit z.B. einer Patientenverfügung, eines Organspendeausweises oder der persönlichen Kontaktadressen bei einem Notfall dokumentiert sicher die Selbstbestimmung des jeweiligen Patienten. Die Freiwilligkeit, die eigenen Daten zugänglich zu machen, wird von den Akteuren in der ersten Phase als unabdingbar vorausgesetzt. Eine Verpflichtung der Patienten mit entsprechenden Anreizen könnte in einem weiteren Schritt diskutiert werden.

6.6 Anonymisierte Daten

Durch die elektronische Verfügbarkeit der Behandlungsinformationen in anonymisierter Form sind Untersuchungen bezüglich Qualität und Sicherheit von Behandlungen zu erwarten, die man bisher in dem Umfang nicht kannte. Sei es für Forschungsinstitutionen, gesundheitspolitische Zwecke oder Ziele von Public Health, die Daten können für verschiedene Ziele verwendet werden. Durch genauere Aussagen zu verschiedenen Krankheitsbildern oder Therapien können qualitative Verbesserungen resultieren. Aus ethischer Perspektive wird die Befürchtung einer „Vermessung“ der Patienten mit möglicher Standardisierung und Rationalisierung von medizinischen Leistungen geäußert, die zu einer eingeschränkten Wählbarkeit als Patient führen könnte.

Die Verwaltung der Daten würde dabei über das vorgeschlagene Health Information Clearinghouse erfolgen. Die Verfügbarkeit anonymisierter Informationen wird in der Diskussion um die Finanzierung der Gesundheitskarte auch als Anreiz gesehen, da für die Abfrage von Daten eine Kostenpflicht eingeführt werden kann.

6.7 Arzt-Patienten-Beziehung

Das Berufsbild des Arztes hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Ärzte sollen Informations- und Wissensmanager, Generalisten und Spezialisten zugleich sein. Neben Beratung und Betreuung der Patienten werden Achtung und Kompetenz erwartet. Vor allem aber soll der Arzt vertrauenswürdig sein und eine hohe kommunikative Kompetenz aufweisen. Er soll den Patienten sicher und möglichst kostengünstig behandeln, Machbares von Unnötigem unterscheiden, Ansprüchen gerecht werden und trotzdem wirksam Grenzen setzen können. Die schnelle Verfügbarkeit von strukturierten Daten des jeweiligen Patienten durch die Gesundheitskarte wie Hospitalisations- und Operationsberichte, Angaben zur aktuellen Medikation, Diagnosen, Bildern und Labordaten etc. sind hilfreich, um weitere diagnostische und therapeutische Schritte einzuleiten, vorausgesetzt, dass der Patient seine Daten zur Verfügung stellt.

Es ist vorauszusehen, dass die Arbeitsabläufe und damit die Arzt-Patienten-Beziehung durch die Einführung einer Gesundheitskarte verändert werden. Neben Stimmen, die in der Arzt-Patienten-Beziehung z.B. durch eine Zeitersparnis durch Verminderung wiederholter Anamnesen einen Fortschritt sehen, gibt es auch Befürchtungen vor allem auf Seiten der Ärzte, dass die Gesundheitskarte als „dritte Instanz“ die Arzt-Patienten-Beziehung stören könnte. Aus Sicht der Patientenvertretung stellt die technische Komponente zusätzlich zu dem medizinischen Inhalt eine weitere Unbekannte für den Patienten dar. Die menschlichen Qualitäten und das Vertrauensverhältnis können nicht durch technische Unterstützung ersetzt werden.

6.8 Fazit

EHealth soll sowohl für die Bevölkerung als auch für die Akteure dazu beitragen, den Umgang mit medizinischen und Gesundheitsinformationen zu verbessern und durch ein besseres Wissensmanagement die Qualität und Sicherheit der medizinischen Versorgung zu erhöhen. Der medizinische Nutzen bedarf diesbezüglich noch einer genaueren Dokumentation in der Praxis.

Die Einführung einer Gesundheitskarte wird Arbeitsabläufe neu definieren. Die elektronische Unterstützung in der medizinischen Behandlung stellt mehr Basisinformationen und Vergleichswerte zur Verfügung (z.B. Labordaten, Röntgenbilder). Durch Verminderung von Medienbrüchen können Prozessabläufe vereinfacht und dadurch der Datenaustausch, die Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern verbessert werden. In den Diskussionen wird von einem „kulturellen Wandel“ gesprochen. Was anzeigt, dass solche Veränderungen Zeit brauchen und entsprechende Akzeptanz geschaffen werden muss. Eine der grössten Herausforderungen wird in der Förderung des Verständnisses für die Möglichkeiten von eHealth und in der Motivierung aller Akteure zur Zusammenarbeit liegen.

7 *Ethische Aspekte*

Dr. med. Philip Strasser; Eliane Kreuzer, Betriebsökonomin FH⁶⁹

Die Thematik eHealth und Gesundheitskarte werfen aus ethischer Sicht wichtige Fragen auf. Der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie in der Medizin bringen wesentliche Veränderungen für das ganze Gesundheitssystem mit. Neben Vorteilen im Sinne der Steigerung der Effizienz und Sicherheit einer medizinischen Behandlung müssen auch Bedenken und Ängste in die Diskussionen miteinbezogen werden.

Die Digitalisierung sämtlicher medizinisch relevanter Daten ermöglicht einen Zugriff auf eine unvorstellbar grosse Wissensbasis. Die Datenflüsse werden standardisiert und die Informationen sind rasch verfügbar und haben das Potential, die medizinische Versorgung zu verbessern. Von den Befürwortern der Gesundheitskarte wird neben der administrativen und medizinischen Effizienzsteigerung auch ein grosses Einsparpotential gesehen. Auf der einen Seite besteht ein gesellschaftliches Interesse, Kosten im Gesundheitswesen zu sparen. Auf der anderen Seite darf das Interesse verschiedener Firmen, am Gesundheitswesen zu verdienen, nicht ausser Acht gelassen werden. Der Nutzen für die Patienten muss im Zentrum stehen. Hier ist eine Güterabwägung erforderlich.

Die zentralste Frage ist sicher die, ob in der Schweiz heute die Zeit für die Einführung einer Gesundheitskarte reif ist oder ob nicht zuerst weitere Voraussetzungen und Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen. Aus ethischer Sicht sollte z.B. beantwortet werden, wie die Autonomie und der Würdeanspruch der Patienten gewährleistet, die medizinischen Daten geschützt werden und die Möglichkeit zum Missbrauch der Daten unter den heutigen Gegebenheiten möglichst klein ist. Dazu sind höchste Sicherheitsanforderungen, unabhängige Qualitätskontrollen sowie das Einhalten verbindlicher Spielregeln notwendig.

Die Sorgfalt gegenüber den Patienten muss wahrgenommen werden, dies gilt insbesondere in der Frage der Minoritäten. Es darf nicht dazu führen, dass gewisse Personen oder Gruppen benachteiligt oder sogar aus dem System gedrängt werden.

Die grössten Bedenken in einem solchen Projekt liegen sicher in der Angst, dass erfolgte Schritte nicht mehr rückgängig gemacht werden könnten und damit Verfügbarkeiten geschaffen werden, die irreversible Konsequenzen hätten. Es besteht die Befürchtung vor der „Vermessung“ der Patienten mit möglicher Standardisierung und Rationalisierung von medizinischen Leistungen. Dies könnte zu einer eingeschränkten Wählbarkeit als Patient führen. Die Gefahr ist, dass individuelle Bedürfnisse, Ziele und Vorstellungen nicht mehr genügend in die Behandlung und Betreuung einfließen. Damit würde der zentrale Orientierungspunkt in der Ethik, die Autonomie der Patienten, in Frage gestellt werden. Die Hoheit über die persönlichen Daten muss beim Patienten liegen. Beim so genannten Patienten-Empowerment ist zu berücksichtigen, dass ein Patient neben rationalen Ent-

⁶⁹ Gemäss Gespräch mit Dr. Ruth Baumann-Hölzle, Institutsleiterin und Frau Dorothee Bürgi, verantwortlich für die Patientenverfügung HumanDokument des Instituts Dialog Ethik (Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen) vom 1. November 2005.

scheiden wie z.B. dem Vergeben von Zugangsrechten auch emotionale Entscheide trifft, die auf Vertrauen (z.B. zu einem Hausarzt) und damit auf Beziehungsfragen beruhen. Welche Wege und Lösungen sind in der Umsetzung einer Gesundheitskarte vorgesehen, wenn Entscheidungen geändert werden? Die Daten einer Person, die elektronisch verfügbar sind, widerspiegeln nur einen Teil des Individuums, das dahinter steht. Die Wahrnehmung der Autonomie ist nicht mit einem grenzenlosen Anspruchsverhalten der Patienten gleichzusetzen, sondern bedingt eine innere Haltung, die ein sinnvolles und effizientes persönliches Verhalten unterstützt. Das Vertrauen in die Gesundheitskarte ist sehr wichtig und kann durch Transparenz und ein gutes Image gefördert werden.

Es stellt sich die Frage, ob die Preisgabe eines Teiles der Autonomie zu Gunsten eines grösseren Gutes, der gesellschaftlichen Gesundheit, denn schlecht ist. Hier besteht sicher die Gefahr, dass die Kontrolle der Autonomie nicht mehr gewährleistet werden kann und das Wohl der Gesellschaft über das Wohl des Individuums gestellt wird (z.B. Verpflichtung zu Gentests zum Nutzen der Gesellschaft).

Neben rationalen Daten soll im Rahmen einer Gesundheitskarte auch die Möglichkeit geschaffen werden, z.B. die Patientenverfügung abrufen zu können. Dialog Ethik bietet bereits eine elektronische Registrierung ihrer Patientenverfügung, dem HumanDokument, an. Diese Verfügung kann jederzeit über eine Hotline abgerufen werden und steht somit 24 Stunden am Tag zur Verfügung, unabhängig davon, wo sich das Original befindet. Der Dienst bietet die Möglichkeit der Rücksprache mit Fachpersonen. Periodisch wird ein Angebot zur Aktualisierung der Daten gemacht. Änderungswünsche können jederzeit hinterlegt werden.

Aus ethischer Sicht muss eine Gesundheitskarte gut in die Ausrichtung des Schweizer Gesundheitswesens eingebettet werden. Aus obgenannten Punkten wird klar, dass im Rahmen der möglichen Einführung einer Gesundheitskarte noch diverse Punkte geklärt werden müssen. Es wurde die Idee von Gesundheitskarten-Beratern gezeichnet, die die Patienten beim Prozess der Einführung eines solchen komplexen Systems begleiten und unterstützen könnten. So z.B. im Umgang mit der Fülle an Daten und Informationen und der damit veränderten Auseinandersetzung mit Krankheits- und Gesundheitsfragen.

8 *Ökonomische Tatbestände*

Eliane Kreuzer, Betriebsökonomin FH

Ein solch grosses Projekt wie die Versichertenkarte und die Gesundheitskarte / Health Information Clearinghouse braucht für eine Umsetzung Klarheit über den erreichbaren Nutzen. Neben einem zu dokumentierenden medizinischen Nutzen spielt auch der finanzielle eine wichtige Rolle.

Heute können erst vage Zahlen über ein solches Projekt genannt werden und die Kostensituation ist noch weitgehend unklar. Dies liegt sicherlich daran, dass noch keine definitive und umzusetzende eHealth-Strategie bestimmt und noch kein konkretes Szenario für die Gesundheitskarte definiert ist. Einige Akteure wollen sich vordergründig auf die eingeführte Versichertenkarte konzentrieren, diese weiterführen und den damit erreichten Nutzen bestimmen. Andere möchten heute schon die Gesundheitskarte vorantreiben und in das Gesundheitssystem integrieren. Diese und weitere Unklarheiten erschweren die Kostendiskussion. Um genauer Zahlen berechnen und herleiten zu können, ist es wichtig das angestrebte System zu kennen und für den konkreten Fall Berechnungen anzustellen.

Die Datenlage in der Schweiz zur finanziellen Fragestellung im Hinblick auf eine Gesundheitskarte ist nicht sehr gross und eindeutig. Auch ausländische Zahlen basieren meist nicht auf ganzen Systemen. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit eine Synopsis der verschiedenen Ansätze und Zahlen dargestellt. Es werden die Überlegungen des deutschen Büros Debold & Lux aufgezeigt, weiter wird das Projekt „rete sanitaria“ aus dem Kanton Tessin beleuchtet und am Schluss werden noch einzelne für uns als wichtig erscheinende Zahlen erwähnt.

8.1 *Debold & Lux*

Das Bundesamt für Gesundheit hat der Hamburger Beratungsgesellschaft Debold & Lux bereits den Auftrag für den Bericht „Die Versichertenkarte und der Aufbau einer Telematikinfrastruktur“⁷⁰ gegeben. Nach diesem Bericht erhielt die Firma den Auftrag eine Kosten-Nutzen-Analyse für ein Schweizer Versichertenkartensystem zu erstellen

Im Februar 2006 wurden die ersten Ergebnisse dieser Untersuchung vor den betroffenen Stellen präsentiert⁷¹. Die Beratungsgesellschaft Debold & Lux kamen dabei auf Investitionskosten von rund CHF 95.5 Mio. und auf Betriebsausgaben von CHF 9.4 Mio., die in jedem Fall aufgewendet werden müssen. Bei zusätzlichen optionalen Anwendungen können noch Investitionskosten von CHF 2.4 Mio. und Betriebsausgaben von CHF 6.5 Mio. hinzukommen. Die gesamten Investitionskosten teilen sich gerundet wie folgt auf:

⁷⁰ Debold & Lux, 2005.

⁷¹ Lux, 2006.

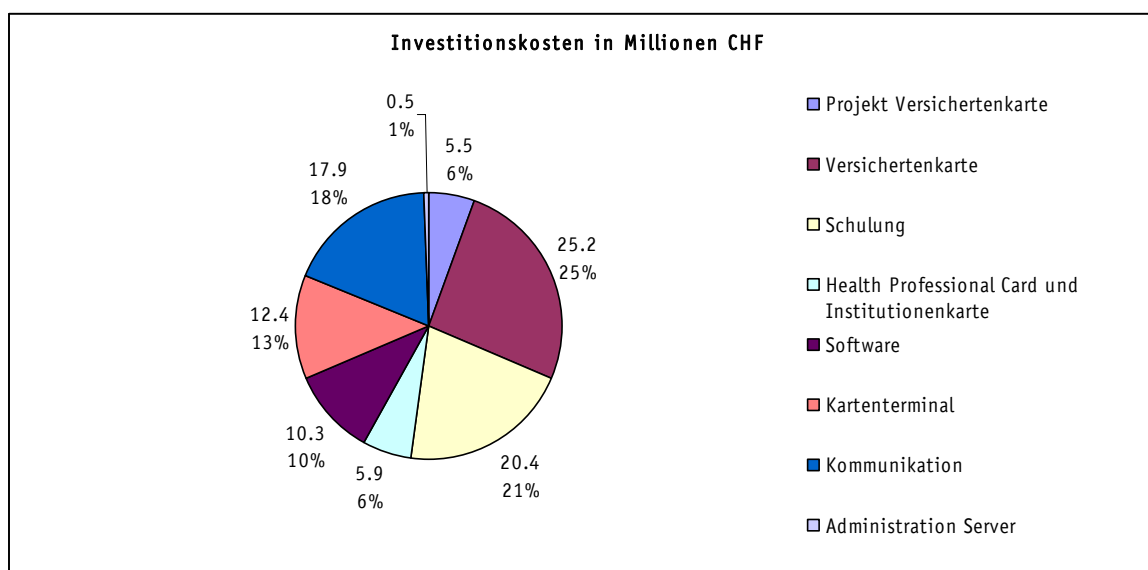


Abbildung 4: Investitionskosten eines Schweizer Versichertenkartensystems⁷²
eigene Berechnung und eigene Darstellung

Diese hohen Investitionen bringen gemäss Debold & Lux eine einmalige Einsparung von CHF 15.5 Mio. und eine jährliche von CHF 32.6 Mio. Bei den zusätzlichen Anwendungen ergeben sich beim eRezept CHF 4.6 Mio. und bei der Medikation CHF 144 Mio. Einsparungen.

Wird das Projekt ohne zusätzliche Anwendungen durchgeführt wird der Break Even Point nach ungefähr 3,25 Jahren erreicht, mit den zusätzlichen Anwendungen bereits nach rund 1,5 Jahren.

8.2 Rete sanitaria

Im Ballungsraum Lugano, im Kanton Tessin, läuft seit dem 8. November 2004 das bereits erwähnte Pilotprojekt „Rete sanitaria“ über einen Zeitraum von 18 Monaten. Mit dabei sind 2'500 freiwillige Patienten, welchen von Ärzten, welche am Versuch teilnehmen, rekrutiert werden. Von den Leistungserbringern sind 40 Apotheken, 33 Arztpraxen, 7 Spitäler, 1 Notfalldienst und 1 Spitex am Projekt beteiligt⁷³.

Vorgängig zum Projekt hat das Projektteam eine Machbarkeitsstudie⁷⁴ zum Projekt „Rete Sanitaria“ durchgeführt. Darin wurden auch die Kosten und der Nutzen berechnet.

Das Projekt wurde mit einem kantonalen Budget von CHF 2 Mio. gestartet. Aufgrund dieses Budgets wurden die Kosten von CHF 2 Mio. wie folgt aufgeteilt: Software CHF 150'000, Hardware CHF 900'000 und zusätzliche Kosten CHF 950'000. Kosten für die Infra-

⁷² Lux, 2006.

⁷³ Rete sanitaria, 2006.

⁷⁴ Della Santa et al., 2002.

struktur bei den Leistungserbringern (Kartenlesegerät, Sicherheit) waren hier noch nicht eingerechnet.

Der Nutzen wird unterteilt in administrativen und in medizinischen und dieser wiederum in quantitativen und qualitativen Nutzen. Man hat sich dabei auf mögliche Schätzwerte und Literaturhinweise gestützt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die berechneten durchschnittlichen Einsparungen im Kanton Tessin durch die Carta Sanitaria. Diese Berechnungen sollen die Einsparungen 6 bis 8 Jahre nach Einführung des Systems zeigen. Daneben ist eine entsprechende Hochrechnung für die Gesamtschweiz ersichtlich.

	Jährliche durchschnittliche Einsparung Kanton Tessin ⁷⁵	Jährliche durchschnittliche Einsparung Schweiz ⁷⁶
Administrative Einsparung für Krankenversicherer	2'220'000	53'720'000
Administrative Einsparung für medizinische Leistungserbringer	1'110'000	26'890'000
Einsparung aufgrund einer Reduktion von Hospitationen	8'190'000	198'400'000
Einsparung aufgrund verkürzter Hospitalisationsdauer	160'000	3'880'000
Einsparung aufgrund vermeidbarer ambulanter Behandlung	810'000	19'620'000
Einsparung aufgrund nichtverschriebener Medikamente	1'200'000	29'070'000
Total Einsparungen	13'690'000	277'860'000
Total Kosten	2'000'000	Noch zu bestimmen
Nutzen	11'690'000	

Tabelle 4: Durchschnittliche Einsparungen durch Rete Sanitaria Kanton Tessin und Schweiz⁷⁷
eigene Berechnung

Eine Hochrechnung würde für die Schweiz eine Ersparnis von rund CHF 280 Mio. ausmachen, wobei diese Zahlen aufgrund eingeschränkter Vergleichbarkeit mit Vorsicht zu geniessen sind.

Bis zum heutigen Zeitpunkt liegen noch keine quantitativen Ergebnisse zum Pilotprojekt Rete Sanitaria vor.

⁷⁵ Berechnung mit rund 308'000 Einwohnern.

⁷⁶ Berechnung mit 7'461'100 Einwohnern im Jahr 2005; Bundesamt für Statistik, 2006.

⁷⁷ Della Santa et al., 2002, S. 91.

8.3 Zahlen aus Deutschland

Auch für Deutschland liegen einige Zahlen vor. Die elektronische Gesundheitskarte wird die Krankenversichertenkarte ersetzen und mit Notfalldaten und der Möglichkeit elektronische Rezepte zu übermitteln (eRezept) ausgestattet sein. Anfängliche Kostenschätzungen von EUR 1,4 Mia.⁷⁸ für die Einführung dieser Gesundheitskarte wurden vor kurzem nach oben auf rund EUR 1.7 Mia.⁷⁹ korrigiert. Andere Stimmen nannten sogar Kosten in Höhe von EUR 4 Mia.⁸⁰ für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und den Aufbau der nötigen Infrastruktur.

Die neue elektronische Gesundheitskarte ermöglicht eine elektronische Übermittlung von Rezepten. Dadurch sollen eine bessere Arzneimittelversorgung und unerwünschte Ereignisse (Interaktionen, Nebenwirkungen, Doppelverschreibungen von Medikamenten) vermieden werden. Bei den jährlich 750 Mio. ausgestellten Rezepten in Deutschland rechnet man bei der elektronischen Rezeptierung mit einer jährlichen Einsparung von EUR 1 Mia.⁸¹.

Nachfolgende Tabelle zeigt die möglichen Einsparungen durch das eRezept in Deutschland und der Schweiz. Die Kosten sind wie oben erwähnt noch nicht ganz klar und werden daher nicht in diese vergleichende Darstellung miteinbezogen.

	<i>Einsparung eRezept/Medikation</i>	<i>Einwohner</i>	<i>Rezepte pro Jahr</i>	<i>Einsparung/ Einwohner</i>
Deutschland	EUR 1'000'000'000	80'000'000	750'000'000	EUR 12.5000
	CHF 1'571'000'000			CHF 19.6375
Schweiz	CHF 148'600'000	7'500'000	42'000'000	CHF 19.8133

Tabelle 5: Vergleich Einsparungen durch eRezept⁸²
eigene Darstellung

8.4 Die grossen Unbekannten

All diese bereits berechneten Zahlen müssen aufgrund des noch zu wählenden konkreten Modells neu berechnet werden. Von zentraler Bedeutung bei solchen Berechnungen sind die Kosten, der mögliche Nutzen und das Verhältnis dieser beiden Zahlen zueinander.

8.4.1 Kosten

Eine genaue Abschätzung der auftretenden Kosten hängt wiederum vom zukünftigen Schweizer Modell der Gesundheitskarte / Health Information Clearinghouse ab. Die Kosten für einzelne Aufwendungen sind einfach zu berechnen, wie z.B. jene für die Ausstel-

⁷⁸ DIMDI, 2006b.

⁷⁹ Moutafis, 2006.

⁸⁰ Sosalla, 2006.

⁸¹ Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit/Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2003, S. 67.

⁸² Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit/Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2003, S. 67; Lux, 2006; Umrechnungskurs: EUR 1 = CHF 1.5710 gehandelter Interbanken Mittelkurs 20.03.2006.

lung der Versicherten- und Gesundheitskarte. Andere sind nur sehr schwer abschätzbar, z.B. die benötigten Personalressourcen. Hinzu kommen die mit Sicherheit sehr hohen Investitionskosten bei den Leistungserbringern oder den Krankenversicherern, eventuell im öffentlichen Raum oder auch in den Privathaushalten.

Die Kosten für die Ausstellung der Versicherten- und Gesundheitskarte schwanken je nach Ausführung und Kartentyp zwischen CHF 0.01 und CHF 100.00 pro Karte⁸³. Die grossen Unterschiede sind auf die unterschiedlichen Ausführungen zurückzuführen. Eine teure Karte mit einem Mikroprozessor ermöglicht einen höheren Sicherheitsgrad als die günstigeren Modelle mit Magnetstreifen.

Die Kosten für den Aufbau und den Unterhalt des Health Information Clearinghouses werden stark von dem Mengengerüst der Fälle und der daraus resultierenden Datenmenge abhängen (vgl. 4.3).

Die Daten der einzelnen Karteninhaber müssen je nach Ausbaustandard sowohl mittels der Karte verfügbar gemacht, als auch in das Health Information Clearinghouse eingespielt werden. Die dabei generierten Kosten hängen von verschiedenen Faktoren ab. Es stellt sich die Frage nach der rückwirkenden Erfassung. Ob die Daten auch rückwirkend und so die gesamten Krankengeschichten der Patienten elektronisch erfasst werden oder ob man mit der Erfassung erst an einem Stichtag beginnt und frühere Fälle nachträglich nicht erfasst werden hat einen grossen Einfluss auf die Kosten. Beim allfälligen nachträglichen Eingeben ist es von zentraler Bedeutung, ob es technische Instrumente gibt, welche eine automatische Erfassung ermöglichen. Weiter hängt es davon ab, wer diese elektronischen Erfassungen vornimmt. Es müssen dies Personen mit medizinischem Knowhow sein. Ob dies der behandelnde Arzt sein wird bleibt unklar. In diesem Fall wären die Kosten erheblich höher als bei einer Erfassung durch Hilfspersonal.

Neben der Erfassung der Daten kommt die Wartung und die Kontrolle dieser Daten hinzu. Die eingegebenen Daten müssen einem bestimmten Standard entsprechen, damit diese optimal genutzt werden können. Zudem müssen die Informationen für einen Datenpool anonymisiert werden. Aufgrund dieses Datenpools können verschiedene Statistiken erstellt, Erkenntnisse für die Gesundheitspolitik formuliert oder für Forschungszwecke verwendet werden.

8.4.2 Nutzen

Die verschiedenen Interviewpartner haben zum Teil die selben, zum Teil auch unterschiedliche mögliche Nutzen einer Gesundheitskarte genannt. Besonders häufig wurde die Vereinfachung des administrativen Aufwandes genannt. Hier besteht sicherlich ein Einsparpotential. Im Jahr 2003 betrug der Anteil Prävention und Verwaltung im Gesundheitswesen CHF 3'523 Mio. was einen Anteil von 7.1% der gesamten Gesundheitskosten im Jahr 2003 ausmacht⁸⁴. In dieser Zahl sind nicht alle administrativen Aufwände enthalten. Die Leistungserbringer haben auch im administrativen Bereich einige Aufgaben, welche sich nicht in dieser Zahl widerspiegeln. Schönenberger schätzt in seiner Dissertation

⁸³ Rey/Frischknecht, 2001.

⁸⁴ Güntensperger et al., 2005, S. 47.

über den Einsatz moderner Informationstechnologien den Anteil der administrativen Kosten auf rund 29.3%⁸⁵. Einen Teil dieser durch administrative Aufgaben verursachten Kosten können sicherlich reduziert werden. Diese Kosteneinsparung kann bereits bei der Versichertenkarte erreicht werden.

Die einzelnen Akteure haben in den Interviews den theoretisch grossen medizinischen Nutzen für die Praxis eher angezweifelt. Zudem ist der medizinische Nutzen nicht für jeden Fall und Patienten gleich. Dementsprechend ist es schwierig, diesen Nutzen zu benennen und die finanziellen Folgen und Einsparungen daraus abzuleiten.

Inwieweit die weiteren von den Akteuren erwarteten Nutzenaspekte quantifiziert werden können, ist nicht klar. Wie bereits bei der Analyse der Kosten wäre es auch beim Nutzen wichtig, das eingesetzte System zu kennen und dementsprechende Berechnungen vorzunehmen. Allerdings ist es auch wichtig, einige Szenarien vorher zu bestimmen und zu analysieren um sich aufgrund des grössten Nutzens für ein System zu entscheiden.

8.5 Fazit

Eine umfassende ökonomische Beurteilung des Projektes Gesundheitskarte ist im Umfang dieser Arbeit nur eingeschränkt möglich und ist generell sehr schwierig. In einem nächsten Schritt muss der Rahmen des Modells für eine Gesundheitskarte abgesteckt, die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen verabschiedet und dann die Kosten und den Nutzen untersucht werden. Auch ausländische Zahlen sollen dabei analysiert und miteinbezogen werden. Allerdings ist ein Vergleich hier mit Vorsicht zu geniessen. Alle Systeme unterscheiden sich voneinander und sicher auch zu einem Schweizer Modell.

Die Investitionen müssen in einem angemessenen Verhältnis zum zu erreichenden Nutzen durch die Gesundheitskarte stehen. Im Gesundheitswesen führt technischer Fortschritt in der Regel zu höheren Kosten aber meist auch zu besserer Qualität. Allerdings darf ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis im Gesundheitswesen nicht ausser Acht gelassen werden.

⁸⁵ Schönenberger, 2003.

9 *Rechtliche Aspekte*

Dagmar Nussbaumer, lic. iur. RAin

9.1 *Einführung*

9.1.1 *Ausgangslage: Versichertenkarte*

Am 1. Januar 2005 wurde der neue Art. 42a Krankenversicherungsgesetz (KVG) in Kraft gesetzt. Diese Bestimmung stellt einerseits die notwendige Rechtsgrundlage für die bis 2008 flächendeckend geplante Einführung der Versichertenkarte dar und eröffnet andererseits in Abs. 4 die Möglichkeit, medizinische Daten (im Vordergrund stehen Notfalldaten) auf der Versichertenkarte zu speichern.

Die Versichertenkarte soll – wie in der Einleitung zu dieser Studie erwähnt - nebst dem Namen und dem Geburtsdatum auch die ebenfalls ab 2008 flächendeckend einzuführende AHV-Nummer⁸⁶ tragen. Diese soll die bisherige AHV-Nummer ersetzen und stellt eine 13-stellige, anonymisierte Zahlenkombination dar, die im Gegensatz zur heutigen AHV-Nummer keinerlei Rückschlüsse auf die versicherte Person zulässt und so den heutigen datenschutzrechtlichen Anforderungen entspricht. Dabei soll die neue Sozialversicherungsnummer zunächst für alle bundesrechtlich geregelten Sozialversicherungen verwendet werden.⁸⁷ Mit der Einführung der neuen Art. 50c ff. AHVG⁸⁸ werden einerseits die notwendige gesetzliche Grundlage für die neue AHV-Nummer geschaffen und andererseits die Rahmenbedingungen festgelegt, unter welchen die AHV-Nummer über den definierten Anwendungsbereich hinaus eingesetzt werden darf. Vorausgesetzt wird dabei primär eine besondere – kantonale oder bundesrechtliche - gesetzliche Grundlage.⁸⁹

9.1.2 *Gesundheitskarte und PPP - die juristischen Rahmenbedingungen*

Mit der Versichertenkarte und den damit verbundenen Gesetzesänderungen wird ein erster Schritt in Richtung eines umfassenden Gesundheitskartensystems, wie es in dieser Studie untersucht wird, gemacht. Im Sinne einer Auslegeordnung sollen nachfolgend die rechtlichen Rahmenbedingungen dargestellt werden, die für die Beurteilung der Machbarkeit einer PPP im Zusammenhang mit der Einführung einer echten Gesundheitskarte relevant sind. Ausgangspunkt ist dabei eine Übersicht der datenschutzrechtlichen Grundlagen, da eine befriedigende Lösung datenschutzrechtlicher Fragen eine der wesentlichsten Voraussetzungen für die Akzeptanz einer elektronisch basierten Gesundheitskartenlösung in der Bevölkerung sein wird. Daran anschliessend werden die rechtlichen Grundlagen für die Einführung einer PPP in der Schweiz erörtert. Abgeschlossen wird dieser rechtliche Teil

⁸⁶ Auch als Sozialversicherungsnummer bezeichnet.

⁸⁷ Bundesamt für Sozialversicherung, 2005, Medienmitteilung vom 23. November 2005.

⁸⁸ Das Inkrafttreten und die Umsetzung dieser neuen AHVG-Bestimmungen ist zum jetzigen Zeitpunkt gemäss telefonischer Auskunft des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 27. März 2006 noch unklar.

⁸⁹ Bundesamt für Sozialversicherung, 2005.

mit einem Hinweis auf verschiedene Spezialgesetze, die ebenfalls von Relevanz sein werden.

Mangels einer konkreten Lösungsvariante und angesichts des eingeschränkten Zeitrahmens für die vorliegende Machbarkeitsstudie kann über eine Auslegeordnung rechtlicher Fragestellungen nicht hinausgegangen werden. Auch können in der vorliegenden Studie noch keine rechtsvergleichenden Ausführungen gemacht werden. Insbesondere sind fundierte juristische Aussagen und Schlussfolgerungen zur Machbarkeit einer PPP und zur Regelung der im Rahmen eines Gesundheitskartensystems beabsichtigten und zu erwartenden Datenflüsse erst möglich, wenn ein konkretes Modell im Einzelnen definiert worden ist. Dies ist jedoch nicht Gegenstand dieser Studie, die lediglich die grundsätzliche Machbarkeit einer Gesundheitskartenlösung auf der Basis der Zusammenarbeitsform einer PPP zu beurteilen hat. Aus denselben Gründen begnügt sich die vorliegende Studie auch mit einer Darstellung der grundsätzlichen rechtlichen Möglichkeiten zur Ausgestaltung einer PPP, ohne diese detaillierter zu kommentieren.

9.2 Der föderalistische Aufbau des Gesundheitswesens in der Schweiz

Das Gesundheitswesen ist ein Musterbeispiel für den Schweizerischen Föderalismus. So hat der Bund gestützt auf Art. 117 Abs. 1 Bundesverfassung (BV) eine konkurrierende Kompetenz, die sich nicht nur auf die Festlegung von Grundsätzen bezieht, sondern einen klaren Gesetzgebungsauftrag im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung enthält, welchem er mit Erlass des KVG und UVG auch nachgekommen ist.⁹⁰ Ein Grossteil des Gesundheitswesens liegt jedoch in der Zuständigkeit der Kantone und Gemeinden.⁹¹ Dies gilt insbesondere für die Gesundheits**versorgung**. Diese Aufgabenteilung hat für die Frage der Gesundheitskarte dazu geführt, dass mangels gesetzlicher Grundlage auf Bundesebene erst auf kantonaler Ebene vereinzelt Projekte zur Einführung von Gesundheitskarten verfolgt wurden.⁹²

Art. 117 BV ist sehr offen formuliert und lässt dem Bund bezüglich Ausgestaltung der Kranken- und Unfallversicherung praktisch freie Hand.⁹³ Das bedeutet, dass der Bund auch die Kompetenz hat, eine gesetzliche Grundlage für die Einführung einer Gesundheitskarte zu schaffen. Er kann zudem gewisse Aufgaben an die Kantone delegieren.

⁹⁰ Luzius Mader, in: Ehrenzeller et al., 2002, N. 3 zu Art. 117 BV.

⁹¹ Dies aus historischen Gründen, vgl. Poledna/Kieser, 2005, S. 21.

⁹² „Rete sanitaria“ im Kanton Tessin und „e-toile“ im Kanton Genf.

⁹³ Luzius Mader, in: Ehrenzeller et al., 2002, N. 3 zu Art. 117 BV.

9.3 Die datenschutzrechtlichen Grundlagen

9.3.1 Die Situation heute

9.3.1.1 Das informationelle Selbstbestimmungsrecht in der Schweiz

Art. 13 BV normiert das vorliegend massgebende Grundrecht auf Schutz der Privatsphäre als Teilgehalt der in Art. 10 Abs. 2 BV festgehaltenen persönlichen Freiheit. Inhaltlich stimmt Art. 13 Abs. 1 BV weitgehend mit Art. 8 EMRK überein, während Art. 13 Abs. 2 BV den Anspruch auf Datenschutz ausdrücklich festhält.⁹⁴ Ausfluss des verfassungsrechtlichen Schutzes der Privatsphäre sind unter anderem die Normen zum Persönlichkeitsschutz in Art. 27 und 28ff. des Zivilgesetzbuches (ZGB) und – vorliegend vor allem von Interesse – die eidgenössische und kantonale Datenschutzgesetzgebung. Diese Gesetzgebung ist besonders für die Bearbeitung von Daten durch private Personen relevant, da zwar jede Privatperson Träger und Trägerin der Grundrechte ist, aber nur der Staat bzw. staatliche Behörden des Bundes, der Kantone und Gemeinden direkte Adressaten der in der Verfassung normierten Grundrechte sind. Die Bestimmungen des ZGB und der erwähnten Datenschutzgesetze richten sich jedoch auch an Private, so dass die verfassungsrechtlichen Grundsätze auf dem Weg über die Gesetzgebung auf den Rechtsverkehr zwischen Privaten übertragen werden.⁹⁵

Gestützt auf die persönliche Freiheit sowie die von Art. 13 BV geschützte Achtung des Privatlebens hat jede Person die Herrschaft über die sie betreffenden Informationen.⁹⁶ Der Schutzbereich des Anspruchs auf Achtung der Privatsphäre gemäss Art. 13 Abs. 1 BV ist jeweils im Einzelfall zu prüfen.⁹⁷ Als Beispiel wird jedenfalls das Recht auf Information über die eigene Gesundheit und auf Auskunft über alle gesammelten Daten genannt.⁹⁸

Die Formulierung von Art. 13 Abs. 2 BV ist vor diesem Hintergrund missglückt, da das Recht auf Datenschutz als Teilaspekt des in Art. 10 Abs. 2 i.V.m. Art. 13 BV verfassungsrechtlich gewährleisteten Persönlichkeitsschutzes nicht nur den Schutz vor Missbrauch, sondern ein grundsätzliches Recht auf informationelle Selbstbestimmung bedeutet.⁹⁹ Inhalt dieses Rechts ist einerseits, über die Bearbeitung der eigenen Personendaten informiert zu sein, und andererseits, die informationelle Selbstbestimmung auch ausüben zu können, indem beispielsweise die Bearbeitung der persönlichen Daten durch Dritte eingeschränkt oder in den Datenbearbeitungsprozess eingegriffen wird.¹⁰⁰

Träger des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung sind alle natürlichen wie juristischen Personen; gemäss Bundesgericht sind der gute Ruf, die Kreditwürdigkeit sowie

⁹⁴ Häfelin/Haller, 2005, N. 380 zu § 12.

⁹⁵ Vgl. dazu auch Art. 35 BV.

⁹⁶ Buntschu Marc (Übersetzung: Faruque Nadine), in: Maurer/Vogt, 1995, N. 14 zu Art. 1 DSG.

⁹⁷ Breitenmoser Stephan, in: Ehrenzeller et al., 2002, N. 9 zu Art. 13 BV.

⁹⁸ Breitenmoser Stephan, in: Ehrenzeller et al., 2002, N. 17 zu Art. 13 BV.

⁹⁹ Schweizer Rainer J., in: Ehrenzeller et al., 2002, N. 38 zu Art. 13 BV.

¹⁰⁰ Buntschu Marc (Übersetzung: Faruque Nadine), in: Maurer/Vogt, 1995, N. 14 zu Art. 1 DSG; Schweizer Rainer J., in: Ehrenzeller et al., 2002, N. 38 zu Art. 13 BV.

steuerliche Anhaltspunkte juristischer Personen ebenso schützenswert wie jene natürlicher Personen.¹⁰¹

Zusammengefasst darf jede Person gestützt auf ihr Recht auf informationelle Selbstbestimmung gemäss Art. 10 Abs. 2 i.V.m. Art. 13 BV Einsicht in die sie betreffenden persönlichen Daten verlangen und kann selbst entscheiden, welche persönlichen Daten sie offen legen möchte.¹⁰²

9.3.1.2 Die Datenschutzgesetzgebung in der Schweiz

Bereits bei der einfachen Versichertenkarte, mit Sicherheit aber bei der Einführung einer Gesundheitskarte stellen sich hauptsächlich datenschutzrechtliche Fragen. Daher soll im Folgenden vertieft auf die datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen eingegangen werden.

9.3.1.3 Überblick über die relevanten Normen

Die schweizerische Datenschutzgesetzgebung besteht aus einer Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen, sowohl auf Bundes- wie auf kantonaler und teilweise sogar auf Gemeinde-Ebene.

Auf Bundesebene ist neben den Bestimmungen zum Persönlichkeitsschutz nach Art. 27 und 28 ZGB sowie spezifisch für das Arbeitsverhältnis in Art. 328 und 328b OR v.a. das eidgenössische Datenschutzgesetz vom 19. Juni 1992¹⁰³ von grosser Bedeutung. Diese Bestimmungen bilden sozusagen den datenschutzrechtlichen „Boden“ in der Schweiz. Daneben finden sich verschiedenste Normen, die von Bedeutung sind; einige davon finden sich als vereinzelte Bestimmungen in einem Bundesgesetz, andere sind als eigene, spezifisch datenschutzrechtliche Gesetze und Verordnungen konzipiert. Nachfolgend eine Auswahl:¹⁰⁴

- Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz vom 14. Juni 1993 (VDSG)
- Bundesgesetz über Zertifizierungsdienste im Bereich der elektronischen Signatur vom 19. Dezember 2003 mit dazu gehörender Verordnung über die Dienste der elektronischen Zertifizierung vom 12. April 2000 (ZertG)
- Verordnung über das DNA-Profil-Informationssystem vom 31. Mai 2000 (EDNA-VO)
- Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (StGB)
- Verordnung über die Offenbarung des Berufsgeheimnisses im Bereich der medizinischen Forschung vom 14. Juni 1993 (VOBG)
- Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG)
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG)

¹⁰¹ Schweizer Rainer J., in: Ehrenzeller et al., 2002, N. 39 zu Art. 13 BV, unter Hinweis auf BGE 95 II 481 sowie 119 IV 297.

¹⁰² Häfelin/Haller, 2005, N. 389 zu § 12.

¹⁰³ Bundesgesetz über den Datenschutz vom 19. Juni 1992 (DSG).

¹⁰⁴ Vgl. dazu auch unten Ziffer 9.4.3.

- Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG)
- Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG)
- Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG)
- Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 (MVG)
- Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte vom 15. Dezember 2000 (HMG)
- Etc.

9.3.1.4 Föderalistischer Aufbau der schweizerischen Datenschutzgesetzgebung

Zudem ist auch die Datenschutzgesetzgebung Ausdruck des föderalistischen Aufbaus des schweizerischen Bundesstaates. So gilt das DSG gemäss Art. 2 Abs. 1 DSG nur für die Bearbeitung von Daten durch Private (natürliche und juristische Personen) sowie durch Bundesorgane. Die Datenbearbeitung durch die Kantone oder kantonale Organe wird demgegenüber durch die kantonale Datenschutzgesetzgebung geregelt, wobei die Mehrzahl der Kantone heute entsprechende Regelungen kennt.¹⁰⁵ Soweit kantonale Regelungen einen entsprechenden Spielraum lassen, kennen auch grössere Gemeinden eigene Datenschutznormen.¹⁰⁶ Teilweise sind kantonale Datenschutzregelungen sogar strenger als das eidgenössische Datenschutzgesetz.¹⁰⁷

Ergänzt wird dieses Normengeflecht durch Datenschutzverordnungen von Krankenhäusern, Patientenrechtsverordnungen, Kreisschreiben und Informatiksicherheitsverordnungen auf kantonaler und kommunaler Ebene sowie teilweise auf Ebene der einzelnen Organisationseinheiten (Krankenhäuser, Pflegeheime etc.) selbst. Auch die Standesordnungen der einzelnen Berufsverbände wie z.B. der FMH, die nur ihre Mitglieder verpflichten, sind zu berücksichtigen.¹⁰⁸

Im Zusammenhang mit dem föderalistischen Aufbau der schweizerischen Datenschutzgesetzgebung ist insbesondere auf folgende Punkte hinzuweisen:¹⁰⁹

- Frei praktizierende Ärzte, Psychologen, Apotheker etc. sind private Personen und unterstehen damit dem eidgenössischen Datenschutzgesetz.
- Ebenso gelten Privatkliniken, Privatversicherungen und Krankenversicherungen im Bereich der Zusatzversicherungen als „private Personen“ im Sinne von Art. 2 Abs. 1 DSG; sie unterstehen damit grundsätzlich ebenfalls dem DSG.
- Soweit private Krankenhäuser jedoch öffentliche Aufgaben erfüllen, fallen sie unter die jeweils anwendbare kantonale Datenschutzgesetzgebung. Dies gilt für die meisten subventionierten privaten Krankenhäuser, da die Subventionen haupt-

¹⁰⁵ Vgl. dazu Webpage des Bundesamtes für Justiz, Dossier Datenschutz, Bundesamt für Justiz, 2006, besucht am 16. März 2006.

¹⁰⁶ Dies gilt beispielsweise für die Stadt Zürich.

¹⁰⁷ Zum Kanton Zürich vgl. Baeriswyl Bruno, Entwicklungen und Perspektiven des Datenschutzes in öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern - Erfahrungen aus dem Kanton Zürich, in: Hürlimann et al., 2001, S. 56 und 57.

¹⁰⁸ Vgl. dazu Berger Kurzen, 2004, N. 127.

¹⁰⁹ Vgl. zur nachfolgenden Aufzählung Berger Kurzen, 2004, N. 132.

sächlich im Hinblick auf die Erbringung öffentlicher Aufgaben in der Gesundheitsversorgung geleistet werden.¹¹⁰

- Als Bundesorgane gelten gemäss Art. 3 lit. h DSG Behörden und Dienststellen des Bundes sowie natürliche und juristische Personen, die mit öffentlichen Aufgaben des Bundes betraut sind. Bundesorgane sind dabei Departemente, Bundesämter, eidgenössische Anstalten wie z.B. die SUVA, etc. Private fallen nur dann unter die Bestimmungen für die Datenbearbeitung durch Bundesorgane gemäss Art. 16ff. DSG, wenn sie Daten für die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe bearbeiten. Dies liegt dann vor, wenn sie in hoheitlicher Funktion tätig sind und gegenüber den betroffenen Personen (insbesondere Mitglieder, Kunden, etc.) nicht als gleichgestellte Vertragspartner gegenüberreten. Grundsätzlich trifft dies immer dann zu, wenn die entsprechende private Institution oder Organisation Verfügungen erlassen kann.
- Vom Bund anerkannte Krankenkassen im obligatorischen Bereich werden gemäss Art. 84 KVG als Bundesorgane betrachtet und unterstehen damit dem DSG.¹¹¹ Sie üben in dieser Funktion, d.h. bei der Durchführung der sozialen Krankenversicherung, hoheitliche Aufgaben aus und haben insbesondere auch Verfügungskompetenz.¹¹² Indizien für ein hoheitliches Handeln sind auch ein Auftrag in der Bundesverfassung oder einem Bundesgesetz, eine gesetzliche Einschränkung der Vertragsfreiheit, die Erhebung von Gebühren, die Bindung an öffentlichrechtliche Grundsätze wie die Rechtsgleichheit und das Willkürverbot, Unterstellung unter die Bundesaufsicht, Subventionierung durch den Bund oder ein Obligatorium wie dies bei der obligatorischen Krankenversicherung der Fall ist.¹¹³ Kantons- und Gemeindebehörden gelten allerdings nie als Bundesorgane, selbst wenn sie Aufgaben des Bundes wahrnehmen.¹¹⁴
- Öffentlich-rechtliche Spitäler der Kantone unterstehen nicht dem DSG, sondern der kantonalen Datenschutzgesetzgebung¹¹⁵, da sie Teil der hoheitlichen Leistungsverwaltung der Kantone sind.¹¹⁶

Da trotz vereinzelter Abweichungen die Grundsätze der Datenbearbeitung in der eidgenössischen wie der kantonalen Datenschutzgesetzgebung im Wesentlichen vergleichbar sind, konzentrieren sich die nachfolgenden Ausführungen auf die massgebenden Grundsätze des eidg. Datenschutzgesetzes.

¹¹⁰ Baeriswyl Bruno, Entwicklungen und Perspektiven des Datenschutzes in öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern - Erfahrungen aus dem Kanton Zürich, in: Hürlimann et al., 2001, S. 56.

¹¹¹ Guntern Odilo, Datenschutz und Gesundheitswesen - Einleitende Überlegungen, in: Hürlimann et al., 2001, S. 11.

¹¹² Belser Urs, in: Maurer/Vogt, 1995, N. 31 und 32 zu Art. 3 lit. h DSG.

¹¹³ Belser Urs, in: Maurer/Vogt, 1995, N. 32 zu Art. 3 lit. h DSG.

¹¹⁴ Belser Urs, in: Maurer/Vogt, 1995, N. 30 zu Art. 3 lit. h DSG.

¹¹⁵ Soweit eine solche vorhanden ist; vgl. Art. 37 DSG.

¹¹⁶ Baeriswyl Bruno, Entwicklungen und Perspektiven des Datenschutzes in öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern - Erfahrungen aus dem Kanton Zürich, in: Hürlimann et al., 2001, S. 56.

9.3.1.5 Gesundheitsdaten als besonders schützenswerte Daten

Allfällige über eine Gesundheitskarte greifbare Daten, die sich auf die Gesundheit eines Versicherten beziehen, sind so genannte „besonders schützenswerte Personendaten“ im Sinne von Art. 3 lit. c DSGVO. Solche Personendaten dürfen nicht ohne Rechtfertigungsgrund an Dritte bekannt gegeben werden, ansonsten eine widerrechtliche Persönlichkeitsverletzung vorliegt (vgl. Art. 12 Abs. 1 DSGVO). Als Rechtfertigungsgrund gilt einerseits die Einwilligung der Versicherten, eine entsprechende gesetzliche Grundlage oder ein überwiegendes öffentliches oder privates Interesse (Art. 13 Abs. 1 DSGVO).

Sofern besonders schützenswerte Personendaten durch Bundesorgane bearbeitet werden, verlangt Art. 17 Abs. 2 DSGVO dafür grundsätzlich eine formelle gesetzliche Grundlage.¹¹⁷

Soweit Krankenkassen die soziale Krankenversicherung betreiben (vgl. dazu Art. 12 KVG), sind sie wie bereits oben ausgeführt als Bundesorgane zu betrachten. Für die Bearbeitung von besonders schützenswerten Personendaten durch die Krankenkassen ist deshalb eine formelle gesetzliche Grundlage erforderlich. Insbesondere mit Art. 84 KVG und 96 UVG ist der Gesetzgeber diesem Erfordernis nachgekommen.

9.3.1.6 Die datenschutzrechtlichen Grundsätze

Die wesentlichsten Grundsätze der Datenbearbeitung nach dem Bundesgesetz über den Datenschutz sind in Art. 4 DSGVO festgehalten:

So dürfen Personendaten gemäss Art. 4 Abs. 1 DSGVO nur **rechtmässig** beschafft werden, wobei mit dem unklaren Begriff „beschaffen“ generell ein „Bearbeiten“ i.S.v. Art. 3 lit. e DSGVO gemeint ist.¹¹⁸ Das bedeutet, dass die Art und die eingesetzten Mittel der Datenbeschaffung nicht gegen das Gesetz verstossen dürfen, wobei nicht nur das Datenschutzgesetz massgebend ist, sondern Richtschnur auch strafrechtliche Bestimmungen sowie beispielsweise Art. 27 und 28 ZGB sind. Gerade für Gesundheitsdaten heisst das auch, dass Informationen grundsätzlich bei der betroffenen Person und erst nach ihrer Aufklärung über Art und Weise der Datenbearbeitung einzuholen sind.¹¹⁹ Sobald Daten bei Dritten eingeholt oder Dritten bekannt gegeben werden, ist ein Rechtfertigungsgrund erforderlich.¹²⁰

Gemäss Art. 4 Abs. 2 DSGVO muss eine Datenbearbeitung zudem im Einklang mit **dem Grundsatz von Treu und Glauben** sein. Ausfluss davon ist das Transparenzprinzip, das verlangt, dass Daten nicht heimlich oder in einer Art bearbeitet werden dürfen, mit der die betroffene Person nicht rechnen musste.¹²¹ Dies verlangt auch eine vorangehende

¹¹⁷ Ausnahmsweise dürfen solche Daten auch dann bearbeitet werden, wenn es für eine in einem formellen Gesetz klar umschriebene Aufgabe unentbehrlich ist oder der Bundesrat die Datenbearbeitung bewilligt, weil die Rechte der betroffenen Person nicht gefährdet sind oder die betroffene Person im Einzelfall eingewilligt oder ihre Daten allgemeint zugänglich gemacht hat (Art. 17 Abs. 2 lit. a – c DSGVO).

¹¹⁸ Vgl. Berger Kurzen, 2004, N. 137; für die Datenbearbeitung durch Bundesorgane ist Art. 16ff. DSGVO massgebend.

¹¹⁹ Berger Kurzen, 2004.

¹²⁰ Vgl. dazu Art. 12 und 13 DSGVO sowie die nachfolgenden Ausführungen zu den Rechtfertigungsgründen.

¹²¹ Berger Kurzen, 2004, N. 144 und 145.

wahrheitsgemässe und vollständige Aufklärung. Es gilt der Grundsatz, dass die Datenbearbeitung umso transparenter sein muss, je heikler die Daten sind.¹²²

Der dritte wesentliche Grundsatz ist der Grundsatz der **Verhältnismässigkeit** gemäss Art. 4 Abs. 2 DSG, der verlangt, dass die Datenbearbeitung im Verhältnis zum angestrebten Zweck tatsächlich erforderlich und geeignet ist.

Art. 4 Abs. 3 DSG bestimmt im Weiteren, dass Personendaten nur zu dem Zweck bearbeitet werden dürfen, der bei der Beschaffung angegeben wurde, aus den Umständen ersichtlich oder gesetzlich vorgesehen ist. Damit normiert die Bestimmung den wichtigen **Grundsatz der Zweckbindung**. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass eine nachträgliche Zweckänderung nur zulässig ist, wenn die betroffene Person ihr Einverständnis erklärt hat oder ein anderer Erlaubnistatbestand dies vorsieht.¹²³

Gemäss Art. 5 Abs. 1 DSG hat sich der Datenbearbeiter zudem über die **Richtigkeit** der Daten zu vergewissern. Unrichtige Daten sind auf Verlangen der betroffenen Person zu berichtigen (Art. 5 Abs. 2 DSG).

Nach Art. 7 DSG hat der Datenbearbeiter schliesslich die Pflicht, die **Datensicherheit** nach dem jeweiligen Stand der Technik zu gewährleisten¹²⁴, Es sind die zur Sicherstellung der datenschutzkonformen Bearbeitung notwendigen technischen und organisatorischen Massnahmen zu ergreifen. Im Zusammenhang mit der Gesundheitskarte und dem vorgeschlagenen Health Information Clearinghouse bedeutet dies insbesondere eine klare, unüberbrückbare Trennung des operativen vom analytischen Bereich. Zudem muss für den analytischen Bereich die irreversible Anonymisierung der Daten sichergestellt sein. Generell müssen die Zugriffsrechte technisch mittels PKI-Verschlüsselung, Firewalls etc. so ausgestaltet sein, dass keine übergreifenden Zugriffe möglich sind und beispielsweise Krankenversicherungen nicht Einblick in das elektronische Patientendossier nehmen können.

Sofern das schweizerische Gesundheitskartensystem auch grenzüberschreitenden Zugriff erlauben möchte – was sich angesichts der fortschreitenden internationalen Annäherung insbesondere innerhalb Europas aufdrängt – ist im Weiteren Art. 6 Abs. 1 DSG zu beachten. Nach dieser Bestimmung dürfen Personendaten nur dann ins Ausland bekannt gegeben werden, wenn es dadurch zu keiner schwerwiegenden Gefährdung der Persönlichkeit der betroffenen Person kommt. Dies ist dann gegeben, wenn der entsprechende Staat ein dem schweizerischen **vergleichbares Datenschutzniveau** aufweist (Art. 6 Abs. 1 DSG). Der Eidgenössische Datenschutzbeauftragte begutachtet, inwieweit der Datenschutz im Ausland dem schweizerischen gleichwertig ist (Art. 31 Abs. 1 lit. d. DSG). Gegenwärtig

¹²² Berger Kurzen, 2004, N. 145; Berger Kurzen verweist an dieser Stelle ausserdem darauf, dass der Grundsatz der Datenbearbeitung nach Treu und Glauben für jede Datenbearbeitung gilt – d.h. sowohl durch Private wie Bundesorgane.

¹²³ Berger Kurzen, 2004, N. 150.

¹²⁴ Vgl. dazu auch die Verordnung des Bundesrates zum Bundesgesetz über den Datenschutz (VDSG) vom 14. Juni 1993.

gilt dies insbesondere für alle Staaten, die der Europäischen Union angehören, nicht dagegen für die Vereinigten Staaten von Amerika.¹²⁵

9.3.1.7 Die Frage der Rechtfertigungsgründe

Personendaten dürfen gemäss Art. 12 Abs. 1 DSG die Persönlichkeit der betroffenen Person nicht widerrechtlich verletzen. Eine solche Verletzung liegt dabei grundsätzlich vor, wenn Personendaten ohne Rechtfertigungsgrund entgegen den Grundsätzen von Art. 4, Art. 5 Abs. 1, Art. 6 Abs. 1 und Art. 7 Abs. 1 DSG bearbeitet werden (Art. 12 Abs. 2 lit. a DSG). Zudem dürfen, wie unter Ziffer 9.3.1.5 erwähnt, insbesondere keine besonders schützenswerten Personendaten – zu denen Gesundheitsdaten gemäss Art. 3 lit. c DSG gehören – ohne Rechtfertigungsgrund an Dritte weitergegeben werden (Art. 12 Abs. 2 lit. c DSG).¹²⁶

Eine Persönlichkeitsverletzung ist gemäss Art. 12 Abs. 3 DSG dann nicht gegeben, wenn die betroffene Person – vorliegend der Patient – die Daten allgemein zugänglich gemacht und die Bearbeitung nicht ausdrücklich untersagt hat. Dies liegt bei der Gesundheitskarte jedoch wohl in den wenigsten Fällen vor, weshalb auf diese Ausnahme nicht weiter eingegangen wird.

Da beim Gesundheitskartensystem die Bekanntgabe von Gesundheitsdaten an Dritte im Vordergrund steht¹²⁷, ist vorliegend in jedem Fall die Frage der Rechtfertigungsgründe zu prüfen. Grundsätzlich stehen dabei die Einwilligung des betroffenen Patienten, ein überwiegendes privates oder öffentliches Interesse oder die Einführung einer gesetzlichen Grundlage zur Auswahl.¹²⁸

9.3.1.8 Der Rechtfertigungsgrund der Einwilligung

Wegen dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung und der darauf gestützten, vor allem von Seiten des Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten (EDSB) empfohlenen Freiwilligkeit der Teilnahme am Gesundheitskartensystem wird wohl die Einwilligung des Patienten ohnehin eingeholt werden.¹²⁹ Eine Einwilligung liegt auch in von den Patienten zu definierenden Zugriffsberechtigungen der einzelnen Akteure.

Rechtlich hat dies im Rahmen einer vertraglichen Vereinbarung zu geschehen, wobei dies aus Beweisgründen schriftlich zu erfolgen hätte. Generell gilt, dass die Einwilligung umso klarer sein muss, je heikler die betroffenen Daten sind.¹³⁰ Aus praktischen Gründen wird der Patient voraussichtlich ein standardisiertes Formular mit möglichen vorformulierten

¹²⁵ Vgl. dazu Webpage des EDSB, Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter, 2006, besucht am 27. März 2006.

¹²⁶ Für die Bearbeitung durch Bundesorgane sind Art. 17 und 19 DSG relevant.

¹²⁷ Bereits der vom Patienten erlaubte Zugriff des Arztes oder weiterer Gesundheitsdienstleister auf das elektronische Patientendossier ist als „Bekanntgabe“ im Sinne von Art. 12 Abs. 2 lit. c DSG zu betrachten.

¹²⁸ Art. 13 Abs. 1 DSG.

¹²⁹ Vgl. Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter, 2001/2002, S. 59.

¹³⁰ Hünig Markus, in: Maurer/Vogt, 1995, N. 4 zu Art. 13 DSG.

Zugriffsvarianten auszufüllen und zu unterzeichnen haben. Um dem Freiwilligkeitsgrundsatz Genüge zu tun, wäre zudem ein Feld für zusätzlich anzubringende Einschränkungen aufzunehmen.

Es ist allerdings fraglich, ob die Einwilligung des Patienten Art. 27 ZGB standhalten wird. So wird sowohl in der Literatur wie der Judikatur eine Einwilligung zur Datenbearbeitung nur als rechtsgenügend angesehen, wenn diese freiwillig und ohne Druck erfolgte sowie ohne Nachteile frei widerrufbar ist.¹³¹

Im Hinblick auf die Gesundheitskarte ist jedoch vorstellbar, dass mindestens dann, wenn sich die Gesundheitskarte etabliert hat, eine gewisser „Teilnahmedruck“ entsteht. Denkbar sind auch Situationen, bei denen sich die Bürger zur Preisgabe von spezifischen Informationen gedrängt sehen, die sie eigentlich nicht offen legen wollen, wie dies beispielsweise bereits heute beim Abschluss von Versicherungen der Fall ist.

Es muss daher mit Bezug auf eine rechtsgenügende Einwilligung ein Fragezeichen angebracht werden. Aus Rechtssicherheitsgründen ist der Einführung einer gesetzlichen Grundlage der Vorzug zu geben.

9.3.1.9 Der Rechtfertigungsgrund des überwiegenden öffentlichen oder privaten Interesses

Diese beiden Rechtfertigungsgründe bedingen eine Güterabwägung zwischen dem Interesse des betroffenen Patienten und dem entgegenstehenden überwiegenden öffentlichen oder privaten Interesse.

Ein überwiegendes öffentliches Interesse könnte in einer effizienteren Gesundheitsversorgung und damit einhergehenden Kostenreduktion für die öffentliche Hand gesehen werden. Mögliche überwiegende Interessen einer bearbeitenden Privatperson (wie beispielsweise eine Krankenkasse im überobligatorischen Bereich) sind – beispielhaft – in Art. 13 Abs. 2 DSGVO aufgezählt. Darunter fällt u.a. eine Datenbearbeitung, die in „unmittelbarem Zusammenhang mit dem Abschluss oder der Abwicklung eines Vertrages“ steht (Art. 13 Abs. 2 lit. a DSGVO), was insbesondere den Abschluss eines Versicherungsvertrages berühren würde.

Es stellt sich allerdings bei allen erwähnten Möglichkeiten die Frage, ob das Interesse der betroffenen Patienten an einer vertraulichen Bearbeitung ihrer Gesundheitsdaten nicht in jedem Fall überwiegt, da solche Daten elementarste Aspekte des Menschseins betreffen.

Im heiklen und sozialpolitisch zentralen Bereich des Gesundheitswesens ist deshalb aus Rechtssicherheitsgründen die Einführung einer gesetzlichen Grundlage einer solchen, oft nur schemenhaft möglichen Güterabwägung vorzuziehen.

¹³¹ Vgl. dazu das Urteil der Eidg. Datenschutzkommission vom 29. August 2003, VPB 68.68 E. 3.

9.3.1.10 Der Rechtfertigungsgrund der nicht personenbezogenen Datenbearbeitung

Ein überwiegendes privates Interesse liegt gemäss Art. 13 Abs. 2 lit. e DSGVO auch dann vor, wenn die bearbeitende Person „Personendaten zu nicht personenbezogenen Zwecken insbesondere in der Forschung, Planung und Statistik bearbeitet und die Ergebnisse so veröffentlicht, dass die betroffenen Personen nicht bestimmbar sind“.¹³²

Damit wird dieser Rechtfertigungsgrund für den analytischen Bereich des vorgeschlagenen Health Information Clearinghouses relevant. Die in diesem Bereich gespeicherten Daten sollen allein zu Forschungs- und Statistikzwecken abrufbar sein. Um möglichen Missbräuchen vorzubeugen, sollen die Daten jedoch bereits in irreversibel anonymisierter Form im analytischen Bereich aufgenommen werden und auch nur in dieser Form abrufbar sein.

Auch hier ist jedoch festzuhalten, dass aus Rechtssicherheitsgründen eine gesetzliche Grundlage vorzuziehen ist, insbesondere auch um den Kreis der Zugangsberechtigten, die Konditionen für den Datenbezug und den Umfang der zulässigen Datenbearbeitung im analytischen Bereich festzulegen.

9.3.1.11 Der Rechtfertigungsgrund der gesetzlichen Grundlage

Die Einführung einer schweizweit von den Versicherten zu verwendenden Gesundheitskarte stellt ohne Zweifel einen Eingriff in deren Privatsphäre dar. Eine genügende gesetzliche Grundlage stellt jedoch einen Rechtfertigungsgrund dar, der solche Eingriffe grundsätzlich erlaubt.

Nebst dem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG)¹³³ enthalten gegenwärtig sowohl das Bundesgesetz über die obligatorische Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG)¹³⁴ wie das Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG)¹³⁵ verschiedene Bestimmungen, die den Datenaustausch unter einzelnen beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen erlauben oder zum Teil sogar vorschreiben. Bei diesen gesetzlich gerechtfertigten Datenflüssen geht es allerdings vorab um die Durchführung und den Vollzug der Sozialversicherungen, beispielsweise um die Geltendmachung und Beurteilung des Leistungsanspruches, die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen sowie den Entscheid über die Leistungspflicht.¹³⁶ Art. 84 lit. g KVG sowie 96 lit. f UVG eröffnen zudem die Möglichkeit,

¹³² Sofern Bundesorgane Daten zum Zweck der Forschung, Planung und Statistik bearbeiten, gilt Art. 22 DSGVO.

¹³³ Vgl. Art. 28 Abs. 2 und 3, Art. 29 Abs. 2, Art. 48 ATSG; vgl. aber auch Art. 33 ATSG, der Personen, die an der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung der Sozialversicherungsgesetze beteiligt sind, anweist, gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu bewahren.

¹³⁴ Art. 42, 57, 82, 84 sowie 84a KVG.

¹³⁵ Art. 96, 98 sowie 97 UVG, der verschiedene Tatbestände zur Datenbekanntgabe regelt.

¹³⁶ Vgl. dazu insbesondere Art. 57 Abs. 7 KVG, der festhält, dass Vertrauensärzte/-ärztinnen bei der Abklärung der Leistungspflicht den zuständigen Stellen der Versicherung nur diejenigen Angaben weitergeben

Daten im Rahmen der Kranken- und Unfallversicherung zu statistischen Zwecken zu bearbeiten.¹³⁷

Zudem regelt Art. 47 ATSG im Grundsatz die Frage der Akteneinsicht im Sozialversicherungsrecht. Unter Vorbehalt überwiegender Privatinteressen steht nach Abs. 1 von Art. 47 ATSG den folgenden Personen ein Akteneinsichtsrecht zu:

- a. der versicherten Person für die sie betreffenden Daten;
- b. den Parteien für die Daten, die sie benötigen, um einen Anspruch oder eine Verpflichtung nach einem Sozialversicherungsgesetz zu wahren oder zu erfüllen oder um ein Rechtsmittel gegen eine auf Grund desselben Gesetzes erlassene Verfügung geltend zu machen;
- c. Behörden, die zuständig sind für Beschwerden gegen auf Grund eines Sozialversicherungsgesetzes erlassene Verfügungen, für die zur Erfüllung dieser Aufgabe erforderlichen Daten;
- d. der haftpflichtigen Person und ihrem Versicherer für die Daten, die sie benötigen, um eine Rückgriffsforderung der Sozialversicherung zu beurteilen.

Alle in den genannten Bestimmungen aufgeführten Zwecke der Datenbearbeitung decken eine so umfassende Bearbeitung, wie sie im Rahmen einer Gesundheitskarte vorgesehen wäre, nicht oder nur teilweise ab. Aufgrund des datenschutzrechtlichen Grundsatzes der Zweckgebundenheit, wäre daher bei einem Systemwechsel eine Revision dieser Bestimmungen unumgänglich.

Auch der im Jahre 2005 eingeführte Art. 42a KVG stellt eine gesetzliche Grundlage dar. Da mit diesem Artikel eine spezifische Rechtsgrundlage für die neue Versichertenkarte eingeführt wurde, stellt sich die Frage, ob Art. 42a KVG als genügende gesetzliche Grundlage für die Gesundheitskarte dienen könnte. Bereits der Wortlaut von Art. 42a Abs. 4 KVG spricht jedoch gegen eine solche Annahme. Die Formulierungen „Die Karte **enthält** persönliche Daten...“ sowie „Der Bundesrat legt den Umfang der Daten fest, die **auf** der Karte gespeichert werden dürfen“ sind ein klarer Hinweis darauf, dass mit dieser Bestimmung lediglich die Erweiterung der Versichertenkarte um ein Notfalldatenset ermöglicht werden sollte. Eine genügende gesetzliche Grundlage für eine umfassende Gesundheitskarte muss bei diesem Wortlaut ausgeschlossen werden.¹³⁸

Da gegenwärtig keine andere gesetzliche Grundlage auf Bundesebene vorhanden ist, ist die Einführung einer genügenden gesetzlichen Grundlage notwendig. Dabei wird unsererseits eine bundesgesetzliche Grundlage vorgezogen, da aufgrund der zersplitterten Da-

dürfen, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen oder eine Verfügung zu begründen. Die Bestimmung hält zudem ausdrücklich fest, dass die Persönlichkeitsrechte der Versicherten zu wahren sind.

¹³⁷ Sowohl Art. 84a Abs. 6 KVG wie Art. 97 Abs. 7 UVG halten zudem fest, dass nur die Daten bekannt gegeben werden dürfen, die für den in Frage stehenden Zweck erforderlich sind.

¹³⁸ Ebenso Schmid/Nagel, 2005, S. 3 sowie Thür, 2005.

tenschutzgesetzgebung in der Schweiz einheitliche Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen. Um den mannigfaltigen sich stellenden Fragen gerecht zu werden, drängt sich unseres Erachtens die Einführung eines spezifischen Bundesgesetzes zur Gesundheitskarte auf, in dem sämtliche sich stellenden Fragen geregelt werden können.¹³⁹

9.3.1.12 Das Auskunftsrecht des Patienten

Ein wesentlicher Bestandteil der informationellen Selbstbestimmung ist das Auskunftsrecht. Jede Person hat grundsätzlich das Recht, von der datenbearbeitenden Stelle oder Person Auskunft über die bearbeiteten Personendaten über sich zu erhalten.¹⁴⁰

Das informationelle Selbstbestimmungsrecht wurde mit Bezug auf das Informationsrecht in Art. 8 DSG konkretisiert. Gemäss Art. 8 Abs. 1 DSG kann jede Person vom Inhaber einer Datensammlung Auskunft darüber verlangen, ob Daten über sie bearbeitet werden. Dabei müssen insbesondere alle über die betroffene Person vorhandenen Daten sowie der Zweck und gegebenenfalls die Rechtsgrundlagen des Bearbeitens bekannt gegeben werden (Art. 8 Abs. 2 lit. a und b DSG). Nach Abs. 3 dieser Bestimmung können Gesundheitsdaten durch einen von der betroffenen Person bezeichneten Arzt mitgeteilt werden. Die Auskunft ist in der Regel schriftlich, in Form eines Ausdrucks oder einer Fotokopie sowie kostenlos zu erteilen (Art. 8 Abs. 5 DSG) und die Modalitäten sind in Art. 1 der Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz vom 14. Juni 1993 (VDSG) geregelt. Auf das Auskunftsrecht kann zum voraus nicht rechtsgültig verzichtet werden (Art. 8 Abs. 6 DSG).

Das umfassende Auskunftsrecht des DSG ist Voraussetzung zur Durchsetzung der übrigen Datenschutzrechte¹⁴¹ Es sind grundsätzlich sämtliche vorhandenen Daten mitzuteilen, denn eine Geheimhaltungspflicht gegenüber dem Patienten existiert nicht. Insbesondere kann sich der Inhaber der Datensammlung nicht auf geheime Notizen oder Dokumente berufen. Grundsätzlich gilt: „Was aufbewahrt wird, wird auch mitgeteilt.“¹⁴² Für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist diesbezüglich festzuhalten, dass das Arztgeheimnis den Patienten vor dem Arzt schützt und nicht umgekehrt. Auskunft zu geben ist hier also nicht nur über Labor- und Röntgenbefunde, sondern die Krankengeschichte als solche.¹⁴³ Von der Auskunft ausgenommen sind lediglich persönliche Notizen des Arztes, soweit diese ausschliesslich dem persönlichen Gebrauch dienen (vgl. Art. 2 Abs. 2 lit. a DSG). Allerdings wird diese Ausnahme restriktiv gehandhabt und betrifft beispielsweise reine Gedächtnisstützen für eine telefonische Besprechung.¹⁴⁴

¹³⁹ Siehe dazu auch die Empfehlungen am Schluss dieses juristischen Teiles sowie die Schlussfolgerungen des Gesamtberichts.

¹⁴⁰ Schweizer Rainer J., in: Ehrenzeller et al., 2002, N. 44 zu Art. 13 BV mit Hinweis auf BGE 113 Ia 257, 122 Ia 153, 123 II 538.

¹⁴¹ Berger Kurzen, 2004, N. 178 und 180.

¹⁴² Berger Kurzen, 2004, N. 180.

¹⁴³ Berger Kurzen, 2004, N. 180 sowie Fn 234 zu N 180.

¹⁴⁴ Berger Kurzen, 2004, N. 181.

9.3.1.13 Einschränkungen des Auskunftsrechts

Das oben beschriebene Auskunftsrecht gilt nicht absolut. Gemäss Art. 9 Abs. 1 DSG darf der Inhaber einer Datensammlung die Auskunft grundsätzlich verweigern, einschränken oder aufschieben, wenn dies in einem formellen Gesetz¹⁴⁵ vorgesehen ist oder wenn bei der Bekanntgabe von Daten der anfragenden Person gleichzeitig auch Daten einer Drittperson bekannt gegeben würden und damit gegen überwiegende Interessen dieser Drittperson verstossen würde. Bundesorgane können sich zudem auf überwiegende öffentliche Interessen, namentlich der inneren und äusseren Sicherheit der Eidgenossenschaft, oder auf die Gefährdung laufender Untersuchungsverfahren berufen (Art. 9 Abs. 2 DSG).¹⁴⁶ Private können ausserdem auf eigene überwiegende Interessen verweisen, soweit sie die massgebenden Personendaten nicht an Dritte weitergeben (Art. 9 Abs. 3 DSG).

Im Verhältnis zwischen Ärztin und Patient ist zudem das so genannte „therapeutische Privileg“ anerkannt, das in der juristischen Diskussion allerdings umstritten ist. Mit dem therapeutischen Privileg wird der Ärztin ein Beurteilungsspielraum zuerkannt, inwieweit dem Patienten allfällige Untersuchungsergebnisse zugemutet werden können. Da das Privileg damit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten widerspricht, darf es nur sehr restriktiv ausgeübt werden.¹⁴⁷

9.3.1.14 Revision DSG

Das eidgenössische Datenschutzgesetz ist gegenwärtig in Revision, wobei eines der Ziele ist, die Transparenz bei der Erhebung persönlicher Daten, insbesondere sensibler Daten wie sie im Rahmen einer Gesundheitskartenlösung anfallen, zu erhöhen.¹⁴⁸ Ein Inkrafttreten des revidierten Gesetzes ist nicht vor 1.1.2007 geplant.¹⁴⁹

9.3.2 Weitere gesetzliche Bestimmungen von Relevanz

9.3.2.1 Bundesgesetz über Zertifizierungsdienste im Bereich der elektronischen Signatur (ZertES) vom 19. Dezember 2003

Der Zugang auf die im Health Information Clearinghouse gespeicherten Daten soll nur über die den einzelnen Akteuren jeweils zugewiesenen Karten geschehen. Diese Karten – beispielsweise die physische Gesundheitskarte für die Patienten – dienen dabei als Zugangsschlüssel im Rahmen des verwendeten PKI-Systems.

¹⁴⁵ Als formelles Gesetz gelten gemäss Art. 3 lit. k DSG Bundesgesetze und referendumpflichtige allgemeinverbindliche Bundesbeschlüsse sowie für die Schweiz verbindliche Beschlüsse internationaler Organisationen und von der Bundesversammlung genehmigte völkerrechtliche Verträge mit rechtsetzendem Inhalt.

¹⁴⁶ Diese Bestimmung ist in erster Linie für polizeiliche Ermittlungen von Bedeutung, da unter Art. 2 Abs. 2 lit. c DSG Strafverfahren, hängige Zivilprozesse, Verfahren der internationalen Rechtshilfe sowie staats- und verwaltungsrechtliche Verfahren mit Ausnahme erstinstanzlicher Verwaltungsverfahren vom Anwendungsbereich des DSG ausgenommen sind, vgl. dazu Dubach Alexander, in: Maurer/Vogt, 1995, N. 26 zu Art. 9 DSG.

¹⁴⁷ Berger Kurzen, 2004, N. 182.

¹⁴⁸ Vgl. dazu Webpage des Bundesamtes für Justiz, Dossier Datenschutz, Bundesamt für Justiz, 2006, besucht am 16. März 2006.

¹⁴⁹ Telefonische Auskunft des Bundesamtes für Justiz vom 27. März 2006.

Damit werden auch elektronische Signaturen als Teil des Systems verwendet werden, weshalb das Bundesgesetz über Zertifizierungsdienste im Bereich der elektronischen Signatur (ZertES) vom 19. Dezember 2003 bei der Entwicklung und Implementation der Gesundheitskarte ebenfalls zu beachten sein wird.

9.3.2.2 Das neue Öffentlichkeitsgesetz des Bundes

Mit dem neuen Bundesgesetz über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung (Öffentlichkeitsgesetz, BGÖ) vom 17. Dezember 2004 soll die Transparenz der Verwaltung und der Zugang zu amtlichen Dokumenten gefördert werden.¹⁵⁰ Das BGÖ, dessen Inkrafttreten zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch offen ist¹⁵¹, führt damit zu einem eigentlichen Systemwechsel, indem der Grundsatz der Geheimhaltung beim Verwaltungshandeln zu Gunsten des Öffentlichkeitsprinzips aufgegeben wird. Unter Vorbehalt überwiegender öffentlicher oder privater Interessen, die in Art. 7 BGÖ abschliessend aufgezählt sind, hat neu jede Person das Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten (Art. 1 Abs. 1 BGÖ), ohne den Nachweis eines besonderen Interesses erbringen zu müssen.¹⁵²

Allerdings ist das Gesetz sowohl mit Bezug auf den sachlichen wie den persönlichen Geltungsbereich eingeschränkt. So gilt in sachlicher Hinsicht das Zugangsrecht gemäss Art. 3 BGÖ weder für amtliche Dokumente verfahrensrechtlicher Art wie z.B. aus Zivil- oder Strafverfahren. Art. 3 Abs. 2 BGÖ erklärt zudem für den Zugang zu amtlichen Dokumenten, die persönliche Daten des Gesuchstellers selbst betreffen, das eidgenössische Datenschutzgesetz als anwendbar. Da gerade dies im Rahmen des Gesundheitskartensystems am häufigsten der Fall sein wird, bleiben hier die oben beschriebenen datenschutzrechtlichen Prinzipien anwendbar.

In persönlicher Hinsicht ist gemäss Art. 2 BGÖ der Anwendungsbereich des Gesetzes eingeschränkt auf die Bundesverwaltung, die Parlamentsdienste sowie gemäss Art. 2 Abs. 1 lit. b BGÖ auf Organisationen und Personen des öffentlichen oder privaten Rechts, die nicht der Bundesverwaltung angehören, soweit diese Verfügungen gestützt auf öffentliches Bundesrecht erlassen. Gerade die Krankenkassen im Bereich der sozialen Krankenversicherung sowie die obligatorischen Unfallversicherungen erfüllen aber eine staatliche Aufgabe und erlassen insbesondere Entscheide über Leistungen bzw. die Verweigerung von Leistungen in der Form der Verfügung gestützt auf öffentliches Bundesrecht (nämlich das KVG und das UVG). Damit wäre das BGÖ und damit das Öffentlichkeitsprinzip auch in diesem Bereich anwendbar. In der Praxis wird aber entweder die Ausnahme von Art. 7 Abs. 2 BGÖ zum Zuge kommen, wonach der Zugang zu amtlichen Dokumenten unter dem Vorbehalt steht, dass damit nicht die Privatsphäre Dritter beeinträchtigt wird. Alternativ steht Art. 9 BGÖ zur Verfügung, der klar festhält, dass amtliche Dokumente, die Personendaten Dritter enthalten, vor der Einsichtnahme zu anonymisieren sind oder ansonsten ein Zugangsgesuch gestützt auf Art. 19 DSGVO zu stellen ist.

¹⁵⁰ Art. 1 Abs. 1 BGÖ sowie Bundesamt für Justiz, 2003, Medienmitteilung vom 12. Februar 2003.

¹⁵¹ Gemäss telefonischer Auskunft des Bundesamtes für Justiz vom 27. März 2006 war der Zeitpunkt des Inkrafttretens ursprünglich auf Anfang 2006 festgelegt worden. Momentan rechnet man mit einem Inkrafttreten zwischen Mitte 2006 und Anfang 2008.

¹⁵² Bundesamt für Justiz, 2003, Medienmitteilung vom 12. Februar 2003.

Zusammenfassend ist jedoch – gerade auch mit Blick auf die in dieser Studie diskutierte PPP - festzuhalten, dass wegen Art. 2 Abs. 1 lit. b BGÖ das neue Öffentlichkeitsgesetz grundsätzlich als relevante Rechtsquelle zu berücksichtigen ist, sobald die Ausgestaltung des Gesundheitskartensystems und insbesondere der vorgeschlagenen PPP konkretisiert werden kann.

9.3.2.3 Strafrechtliche Bestimmungen

Art. 321 StGB stellt die Verletzung des Berufsgeheimnisses von Vertretern so genannter freier Berufe unter Strafe. Unter das Berufsgeheimnis im Sinne dieser Bestimmung fällt insbesondere auch das Arztgeheimnis sowie das Berufsgeheimnis weiterer im Gesundheitswesen tätiger Berufspersonen. Das Berufsgeheimnis darf nur mit Einwilligung der durch das Geheimnis geschützten Person, durch schriftliche Bewilligung der vorgesetzten Behörde oder der Aufsichtsbehörde oder im Rahmen der verfahrensrechtlichen Zeugnis- und Auskunftspflicht aufgehoben werden (Art. 321 Ziff. 2 und 3 StGB).

Ergänzt wird Art 321 StGB durch das in Art. 321bis StGB geschützte Berufsgeheimnis in der medizinischen Forschung im Bereich der Medizin oder des Gesundheitswesens. Dieses darf gemäss Abs. 2 von Art. 321bis StGB nur offenbart werden, wenn eine Sachverständigenkommission dies bewilligt und der Berechtigte nach Aufklärung über seine Rechte es nicht ausdrücklich untersagt hat. Abs. 3 und 5 von Art. 321bis StGB umschreiben die Rahmenbedingungen, unter denen die Kommission Bewilligungen erteilen kann. Ergänzt wird dieser StGB-Artikel durch die Verordnung über die Offenbarung des Berufsgeheimnisses im Bereich der medizinischen Forschung (VOBG) vom 14. Juni 1993.

Zu beachten ist im Rahmen der Gesundheitskarte schliesslich auch das Amtsgeheimnis gemäss Art. 320 StGB.

9.3.3 Datenschutzrechtlicher Handlungsbedarf und Empfehlungen im Hinblick auf die Einführung einer Gesundheitskarte

Aufgrund der föderalistischen Struktur des schweizerischen Gesundheitswesens sowie der schwer überblickbaren Vielfalt von Bundes-, kantonalen sowie anderen datenschutzrelevanten Regelungen drängen sich für die Einführung und den Betrieb eines schweizweiten Gesundheitskartensystems folgende Empfehlungen auf:

Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte ein **Bundesgesetz** eingeführt werden, das verbindliche und vor allem einheitliche Rahmenbedingungen schafft. Um die Persönlichkeitsrechte der Patienten sicherzustellen, sollte dieses Bundesgesetz insbesondere einheitliche Standards für den Datenschutz festlegen, die von allen beteiligten Akteuren einzuhalten sind.¹⁵³ Indem die massgebenden Rechtsgrundlagen in einem formellen Bundesgesetz geregelt werden, wird zudem die für die Akzeptanz in der Bevölkerung so wichtige demokratische Basis geschaffen, und es wird dem Erfordernis der gesetzlichen Grundlage Genüge getan.¹⁵⁴

¹⁵³ Vgl. dazu Horschik, 2002, S. 66.

¹⁵⁴ Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter, 2001/2002, S. 59.

Die bundesgesetzliche Regelung sollte dabei vor allem die folgenden datenschutzrechtlichen Grundsätze berücksichtigen:

- **Freiwilligkeit:** Als Ausfluss des informationellen Selbstbestimmungsrechts müssen die Patienten frei über die Teilnahme am Gesundheitskartensystem entscheiden können. Personen, die auf eine Gesundheitskarte verzichten wollen, dürfen nicht benachteiligt werden. Die Datenhoheit des Patienten muss sichergestellt sein. So soll der Patient auch Einfluss auf die Zugriffsrechte der Akteure nehmen und sie möglichst weitgehend selbst festlegen und steuern können, Vor allem aber muss der Zugriff des Patienten selbst auf seine Daten garantiert sein, und er muss die Möglichkeit haben, die Berichtigung oder Löschung falscher Daten erwirken zu können.¹⁵⁵
- **Transparenz:** Die betroffenen Personen müssen umfassend über die Datenbearbeitung, insbesondere den Dateninhalt, Umfang und Zweck der Bearbeitung, Zugriffsberechtigungen etc. informiert sein.¹⁵⁶
- **Verhältnismässigkeit (Prinzip der Datensparsamkeit und Datenvermeidung):** Die Zugriffsrechte sind klar zu definieren und müssen so geregelt werden, dass die beteiligten Akteure nur soweit auf die Daten zugreifen können, als dies für die Aufgabenerfüllung und den jeweiligen Zweck erforderlich ist. Insbesondere muss das Arztgeheimnis gewahrt bleiben.¹⁵⁷
- **Datensicherheit:** Sowohl bei der Speicherung wie der Bekanntgabe muss die Datensicherheit gewährleistet bleiben. Dies bedingt den Einsatz datenschutzfreundlicher Technologien und von Anonymisierungstechniken. Letzteres ist v.a. relevant, wenn es um Datenflüsse zwischen Versicherern und anderen Akteuren oder um Datenbearbeitung zu statistischen und Forschungszwecken geht.¹⁵⁸
- **Schutzbestimmungen:** Da es vorkommen kann, dass der Patient nicht in der Lage ist, sein informationelles Selbstbestimmungsrecht selbst wahrzunehmen, müssen die Persönlichkeitsrechte der Patienten durch spezifische Schutzbestimmungen gesichert werden.¹⁵⁹

Unabhängig von den erwähnten gesetzlichen Leitplanken, die gesetzt werden müssen, ist eine **verbesserte Kooperation** unter den Akteuren im Gesundheitswesen unumgänglich.¹⁶⁰ Nur bei konstruktiver Beteiligung aller kann ein Grossprojekt wie die Gesundheitskarte zu einer positiven Entwicklung im Gesundheitswesen beitragen. Parallel ist auch in **Aufklärungs- und Informationsmassnahmen** für den Bürger zu investieren, damit er als mündiger Partner seine Rechte und Pflichten wahrnehmen kann.¹⁶¹

¹⁵⁵ Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter, 2001/2002, S. 59.

¹⁵⁶ Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter, 2001/2002, S. 59 sowie Horschik, 2002, S. 65 und 66.

¹⁵⁷ Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter, 2001/2002, S. 59.

¹⁵⁸ Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter, 2001/2002, S. 59 sowie Horschik, 2002, S. 65 und 66.

¹⁵⁹ Horschik, 2002, S. 65.

¹⁶⁰ Zu Recht weist Horschik, 2002, S. 66, auf diesen wesentlichen Aspekt hin.

¹⁶¹ Horschik, 2002, S. 67.

9.4 Public Private Partnership (PPP)

9.4.1 Der Begriff „PPP“

Rechtsdogmatisch gibt es sowohl auf internationaler Ebene wie in der Schweiz noch keinen gefestigten Begriff der PPP.¹⁶² Für die Zwecke der nachfolgenden Ausführungen wird auf die Definition des Begriffes in der Einleitung zu dieser Studie verwiesen.

9.4.2 Rechtliche Grundlagen und Ausgestaltungsmöglichkeiten

9.4.2.1 Umfang der Bearbeitung

In der nachfolgenden Auslegeordnung der rechtlichen Rahmenbedingungen werden steuerrechtliche Fragen ausser Acht gelassen. Für die konkrete Ausgestaltung eines PPP-Modells ist aber eine sorgfältige Abwägung steuerrechtlicher Aspekte unabdingbar. Sobald private Akteure beteiligt sind, stellt sich die Frage der Steuern, weshalb insbesondere die Möglichkeiten zu einer allfälligen Steuerbefreiung sorgfältig zu prüfen sind. Dies ist bei einem Gesellschaftsmodell grundsätzlich eher denkbar als bei einem Vertragsmodell.¹⁶³

9.4.2.2 Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen

Staatliche Organe sind nach dem in Art. 5 Abs. 1 BV verankerten Legalitätsprinzip an Verfassung und Gesetz gebunden; das bedeutet, dass sie nur im Rahmen der gesetzlich auferlegten Aufgaben tätig werden dürfen.¹⁶⁴ Deshalb stellt sich im Falle der Errichtung einer PPP immer die Frage, ob eine gesetzliche Grundlage erforderlich ist.

Ebenso ist der Staat bei seiner Tätigkeit an die verfassungsrechtlich garantierten Grundrechte gebunden. Wenn im Rahmen einer PPP eine öffentliche Aufgabe zu erfüllen ist, bedeutet dies für die beteiligten privaten Akteure, dass sie ebenfalls die Grundrechte, namentlich das Rechtsgleichheitsgebot, zu beachten haben.¹⁶⁵ Diese Grundrechtsbindung Privater, die staatliche Aufgaben übernehmen, ist in Art. 35 Abs. 2 BV ausdrücklich verankert.

Schliesslich gilt in der Schweiz gemäss Art. 27 und Art. 94 Abs. 1 BV die Wirtschaftsfreiheit. Abweichungen von diesem Grundsatz, namentlich durch die Errichtung eines Monopols, sind gemäss Art. 94 Abs. 4 BV nur zulässig, wenn die Verfassung selbst eine entsprechende Bestimmung enthält oder wenn so genannte kantonale Regalrechte vorliegen.

Gemäss Art. 36 BV braucht es schliesslich zur Einschränkung von Grundrechten - im vorliegenden untersuchten Fall namentlich zur Einschränkung des Grundsatzes der informationellen Selbstbestimmung sowie der Wirtschaftsfreiheit - die folgenden Voraussetzungen:

¹⁶² Bolz Urs/Ehrensperger Marc/Oetterli Jörg, in: Bolz, 2005, S. 13.

¹⁶³ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 213.

¹⁶⁴ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 215.

¹⁶⁵ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 215.

- Eine gesetzliche Grundlage. Schwerwiegende Einschränkungen sind dabei in einem formellen Gesetz, das der demokratischen Kontrolle durch ein Referendum unterliegt, vorzusehen.
- Ein öffentliches Interesse oder der Schutz von Grundrechten Dritter, wobei vorliegend die Frage des öffentlichen Interesses im Vordergrund steht.
- Verhältnismässigkeit. Hier ist zu fragen, ob die vorgesehenen Eingriffe im Verhältnis zum angestrebten Zweck erforderlich und zur Zielerreichung geeignet sind.
- In jedem Fall bleibt der so genannte Kerngehalt der Grundrechte unantastbar. Vorliegend bedeutet dies, dass beispielsweise die Patienten nicht ihres Rechts auf Festlegung allfälliger Zugriffsbeschränkungen beraubt werden dürfen, da sie damit jegliche Kontrolle über ihre Daten verlieren würden.

9.4.2.3 Erfordernis einer gesetzlichen Grundlage für die Einführung einer PPP

Soweit für eine öffentliche Aufgabe bereits eine gesetzliche Grundlage besteht, genügt diese grundsätzlich zur Einführung einer PPP bzw. für die Erbringung der entsprechenden Aufgabe durch eine PPP. In den folgenden Fällen ist aber für die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe bzw. die Errichtung einer PPP die Einführung einer formellen gesetzlichen Grundlage erforderlich:¹⁶⁶

- Errichtung eines öffentlichen Unternehmens;
- Übertragung einer Verwaltungsaufgabe an Private (vgl. für den Bund Art. 178 BV);
- Errichtung eines rechtlichen Monopols und damit verbundene Erteilung einer Konzession;
- Übertragung von Rechtssetzungsbefugnissen an Private;
- Eingehung bedeutender Beteiligungen durch den Staat.

Indem über den Gesetzgebungsprozess die notwendigen Grundlagen für die konkrete Durchführung einer staatlichen Aufgabe durch eine PPP geschaffen wird, kann nicht nur eine explizite Ermächtigung erteilt werden, sondern es können auch die konkreten Rahmenbedingungen zweckmässig und klar umschrieben werden. Damit dient dieses Erfordernis – trotz der damit einhergehenden zeitlichen Verzögerungen – klar der Rechtssicherheit, was wiederum unter dem Aspekt der Akzeptanz einer Gesundheitskartenlösung in der Bevölkerung dienlich ist.¹⁶⁷

9.4.2.4 Weitere sich stellende rechtliche Fragen

Je nach konkreter Ausgestaltung einer PPP muss zudem abgeklärt werden, ob öffentliches Recht oder privates Recht auf die massgebenden Rechtsbeziehungen anwendbar ist. Auch Haftungsfragen – bei Beteiligung staatlicher Akteure stellt sich insbesondere die Frage der Staatshaftung – wären abzuklären.¹⁶⁸ Da diese Fragen von der konkreten Ausgestal-

¹⁶⁶ Vgl. dazu Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 218.

¹⁶⁷ Vgl. dazu u.a. Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 219 und 224.

¹⁶⁸ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 214.

tion der PPP abhängig und in der Praxis von hoher Komplexität sind¹⁶⁹, wird auf weitergehende Ausführungen an dieser Stelle verzichtet. In diesen Bereichen sind spezifische Abklärungen im konkreten Einzelfall erforderlich.

9.4.2.5 Rechtliche Ausgestaltungsmöglichkeiten

Grundsätzlich stehen aus rechtlicher Sicht für die Strukturierung eines PPP-Modelles verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung¹⁷⁰, wobei im Wesentlichen zwischen vertraglichen und institutionellen Lösungen zu unterscheiden ist.¹⁷¹ Juristisch liegt entweder ein Vertrag, eine Konzession, ein gesellschaftsrechtliches Verhältnis oder eine Kombination dieser Varianten vor.¹⁷² Da die schweizerische Verfassung die Kooperation des Gemeinwesens mit Privaten grundsätzlich nicht einschränkt, ist eine Zusammenarbeit in fast allen Bereichen möglich.¹⁷³

Der Staat kann sich an solchen Kooperationen in den verschiedensten Ausprägungen beteiligen. Entweder ist das Gemeinwesen als öffentlich-rechtliche Körperschaft selbst Vertragspartner, verleiht Konzessionen auf monopolisierten Tätigkeiten oder übernimmt gesellschaftsrechtliche Beteiligungen. Der Staat kann aber auch Trägerschaften des öffentlichen Rechts errichten, die sich ihrerseits in irgendeiner Form an einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit Privaten beteiligen. Die öffentliche Hand ist dabei sehr flexibel, denn es gibt „keine fixen Formen öffentlicher Trägerschaften“¹⁷⁴. So kann der Staat im verfassungsrechtlich möglichen Rahmen die erforderliche gesetzliche Grundlage schaffen, die auf die spezifischen Bedürfnisse des Einzelfalls massgeschneiderte Organisationsmodelle als Trägerschaften ermöglichen. Zwar geschieht dies auf der Basis der bekannten Grundmodelle wie öffentlich-rechtliche Anstalt oder spezialgesetzliche Aktiengesellschaft, es sind aber spezifische Ausgestaltungen möglich.¹⁷⁵ Im Rahmen einer gemischtwirtschaftlichen Unternehmung kann das Gemeinwesen auch in den zur Verfügung stehenden Formen des Privatrechts handeln, wobei die privatrechtliche Aktiengesellschaft im Vordergrund steht. Voraussetzung dafür ist jedoch in jedem Fall eine gesetzliche Grundlage.¹⁷⁶ Zu beachten ist diesbezüglich auch der im Privatrecht geltende numerus clausus der Gesellschaftsformen.

Aufgrund der Vielfalt und Komplexität der möglichen rechtlichen Ausgestaltungsmöglichkeiten und weil für eine fundierte juristische Beurteilung ein konkreter Modellvorschlag

¹⁶⁹ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 217.

¹⁷⁰ Bolz Urs/Ehrensperger Marc/Oetterli Jörg, in: Bolz, 2005, S. 27 - 29 sowie Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 247ff.

¹⁷¹ Bolz Urs/Ehrensperger Marc/Oetterli Jörg, in: Bolz, 2005, S. 27.

¹⁷² Vgl. zum Ganzen Bolz Urs/Ehrensperger Marc/Oetterli Jörg, in: Bolz, 2005, S. 15.

¹⁷³ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 215.

¹⁷⁴ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 215.

¹⁷⁵ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 215 und 216.

¹⁷⁶ Häfelin/Müller, 2002, N. 1504 sowie Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 216.

wichtig ist, beschränkt sich die folgende Darstellung auf eine Übersicht zu den grundsätzlich zur Verfügung stehenden PPP-Modellen.¹⁷⁷

9.4.2.6 Vertragsmodell

PPP auf Vertragsbasis sind in unterschiedlichsten Ausprägungen denkbar und müssen auf die spezifischen Bedürfnisse im konkreten Einzelfall abgestimmt sein. Das Vertragsmodell kann als „eigentliches Grundmodell“¹⁷⁸ bezeichnet werden, wobei die Beziehungen zwischen den Akteuren ausschliesslich auf vertraglicher Basis beruhen. Sämtliche Projektphasen wie Konzeption, Planung, Finanzierung, Realisierung und Betrieb sind vertraglich geregelt.¹⁷⁹ Die Praxis kennt u.a. Betriebsführungsmodelle, Leasingmodelle, Vermietungsmodelle, etc. Im Vordergrund steht das so genannte Betreibermodell, bei dem eine zu erbringende öffentliche Leistung an einen Privaten zur Ausführung übertragen wird. Der private Partner „plant, baut, finanziert und betreibt die notwendigen Einrichtungen auf vertraglicher Basis mit der öffentlichen Hand“¹⁸⁰. Allfällige Gebühren werden von den Nutzern jedoch weiterhin dem Staat entrichtet. Für seine Leistungen wird der private Erbringer von der öffentlichen Hand bezahlt, womit eine klare Aufteilung der Verantwortung durch Vollzug und Kontrolle entsteht.

Im Hinblick auf die Gesundheitskarte wäre beispielsweise eine solche Kooperation auf vertraglicher Basis mit Bezug auf die Erbringung der IT-bezogenen technischen Grundlagen denkbar, beispielsweise durch einen Partner wie die Siemens oder die IBM.

Staatliche Organe handeln gegenüber Privaten grundsätzlich in der Form der Verfügung. Sie ist das klassische hoheitliche Handlungsinstrument der Verwaltung.¹⁸¹ Der Staat bzw. das Gemeinwesen kann aber auch Verträge schliessen, wobei einerseits öffentlich-rechtliche Verträge, andererseits privatrechtliche Verträge möglich sind. Bei öffentlich-rechtlichen Verträgen handelt es sich um so genannte verwaltungsrechtliche Verträge, wobei für den Gegenstand eines solchen Vertrages immer eine Rechtsgrundlage erforderlich ist. Zulässig sind verwaltungsrechtliche Verträge, wenn sie vom Gesetz vorgesehen sind und sachliche Gründe für die Vertragsform sprechen.¹⁸² Das Privatrecht kommt hier nur subsidiär zur Anwendung, primär findet das öffentliche Verwaltungsrecht Anwendung. Auch öffentlich-rechtliche Verträge werden aber nach dem Vertrauensprinzip ausgelegt und Willensmängel werden anhand von Art. 23 ff OR geprüft.¹⁸³

Das Gemeinwesen kann jedoch auch privatrechtliche Verträge schliessen, für die dann die Regeln des Privatrechts gelten. Im Rahmen solcher Verträge tritt der Staat seinen Ver-

¹⁷⁷ Aufgrund der strukturellen und verfahrensrechtlichen Komplexität bei der Errichtung und Durchführung einer PPP wird zunehmend „ein rechtlicher Orientierungsrahmen für Public Private Partnerships gefordert“, vgl. Lienhard, 2005, S. 58.

¹⁷⁸ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 247.

¹⁷⁹ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 247.

¹⁸⁰ Bolz Urs/Ehrensperger Marc/Oetterli Jörg, in: Bolz, 2005, S. 28.

¹⁸¹ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 217.

¹⁸² Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 217.

¹⁸³ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 217.

tragspartnern als gleichgestellter Partner gegenüber.¹⁸⁴ Während der öffentlich-rechtliche Vertrag der Erfüllung öffentlicher Aufgaben dient, werden im Rahmen von privatrechtlichen Verträgen auch eigene Interessen der Parteien verfolgt. Privatrecht, primär die Bestimmungen des Obligationenrechts, werden angewendet, und im Streitfall ist ein Zivilgericht zuständig.¹⁸⁵ Denkbar sind alle Formen, die das private Vertragsrecht zulässt. Ein gesetzlich geregelter PPP-Vertragstypus existiert nicht.¹⁸⁶ In vielen Fällen wird es sich um Innominatkontrakte handeln, die auch Elemente der einfachen Gesellschaft aufweisen.

Zu beachten ist, dass bei solchen vertraglichen Kooperationen der Staat nicht nur in der Form des Gemeinwesens auftreten muss. Er kann eine geeignete Trägerschaft öffentlichen Rechts, beispielsweise eine Anstalt, öffentlich-rechtliche Stiftung oder spezialgesetzliche Aktiengesellschaft errichten, die ihrerseits Vertragspartnerin wird.

Das schweizerische Recht kennt auch Vereinbarungen zwischen dem Bund und den Kantonen oder, gestützt auf Art. 48 Abs. 1 BV, Vereinbarungen zwischen Kantonen. Letztere, so genannte interkantonale Konkordate, werden häufig geschlossen, wenn für einen bestimmten Bereich eine Rechtsvereinheitlichung angestrebt wird.¹⁸⁷ Gemäss Art. 48 Abs. 1 BV können Kantone im Rahmen solcher Konkordate gemeinsame Organisationen und Einrichtungen schaffen sowie Aufgaben von regionalem Interesse gemeinsam wahrnehmen. Dabei kann sich der Bund im Rahmen seiner Zuständigkeit beteiligen (Art. 48 Abs. 2 BV). Grundsätzlich wird zwischen rechtsgeschäftlichen und rechtsetzenden Konkordaten unterschieden. Mischformen sind zulässig. Soweit im Rahmen eines Konkordates beispielsweise eine öffentlich-rechtliche Anstalt oder eine privatrechtliche Aktiengesellschaft als gemeinsame Organisationsform errichtet wird, um dieser spezifische Aufgaben zu übertragen, kann die Aufgabenerfüllung in zusätzlichen Leistungsvereinbarungen näher geregelt werden.¹⁸⁸ Es ist vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Zurückhaltung des Bundes deshalb durchaus denkbar, dass ein interkantonales Konkordat die mögliche Basis für die Errichtung einer PPP zur Einführung einer Gesundheitskarte in einzelnen Kantonen sein wird.

9.4.2.7 Konzessionsmodell

Im Rahmen eines Konzessionsmodells erhält ein privater Auftragnehmer eine Konzession vom Gemeinwesen übertragen. Im Gegenzug verpflichtet sich der Private gegenüber dem Gemeinwesen, eine bestimmte Leistung an Stelle der öffentlichen Hand an einen Dritten zu erbringen. Der private Partner stellt demnach den Nutzern an Stelle des öffentlichen Partners, aber unter dessen Aufsicht und Kontrolle, eine Dienstleistung bereit.¹⁸⁹

Der Konzessionsvertrag zwischen Gemeinwesen und Privatem muss auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen. Die Konzession unterliegt immer öffentlichem Recht. Wesentliches

¹⁸⁴ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 217.

¹⁸⁵ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 217.

¹⁸⁶ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 226.

¹⁸⁷ Häfelin/Müller, 2002, N. 178.

¹⁸⁸ Lienhard, 2005, S. 417 und 418.

¹⁸⁹ Bolz Urs/Ehrensperger Marc/Oetterli Jörg, in: Bolz, 2005, S. 28.

Merkmal der Konzession ist es, dass die öffentliche Hand die Erlaubnis zu einer bestimmten Betätigung – im Rahmen der Gesundheitskarte steht die Erbringung einer öffentlichen Dienstleistung im Vordergrund – an ein anderes, privates oder öffentlich-rechtliches, Rechtssubjekt exklusiv überträgt. Diese Exklusivität bedeutet, dass die Konzessionsnehmerin ein so genanntes wohlervorbenes Recht erhält und Dritte von der Erbringung derselben Tätigkeit im konzessionierten Bereich ausgeschlossen sind. Zugleich ist die Konzessionsnehmerin aber nicht nur zur Leistungserbringung berechtigt, sondern auch verpflichtet, die Konzession auszuüben.¹⁹⁰

Die Verleihung einer Konzession ermöglicht es der öffentlichen Hand auch, verschiedene Auflagen mit deren Übertragung und Ausübung zu verbinden, wie beispielsweise die Einhaltung gewisser Schutzvorschriften etc., und so eine massgeschneiderte Lösung nach ihren Vorstellungen zu verwirklichen. Auch sind die Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten wirksamer als bei einem vertraglichen Verhältnis, da als ultima ratio die Entziehung der Konzession im Raume steht.¹⁹¹

Rechtlich bedeutet eine Konzession „die Verleihung des Rechts zur Ausübung einer wirtschaftlichen Tätigkeit oder Nutzung, die grundsätzlich dem Gemeinwesen vorbehalten ist“. ¹⁹² Somit setzt eine Konzession grundsätzlich ein staatliches Monopol voraus. Die beiden Begriffe „Konzession“ und „Monopol“ stehen damit in einem engen Zusammenhang.

Ein staatliches Monopol wird definiert als „das Recht des Gemeinwesens, eine bestimmte wirtschaftliche Tätigkeit unter Ausschluss aller anderen Personen auszuüben. Durch die Monopolisierung wird die betreffende Tätigkeit dem Schutzbereich der Wirtschaftsfreiheit entzogen“. ¹⁹³ Massgebende Verfassungsbestimmung ist in diesem Zusammenhang Art. 94 BV, die in Abs. 4 festhält, dass Abweichungen vom Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit, insbesondere Massnahmen, die sich gegen den Wettbewerb richten, nur zulässig sind, wenn sie in der Bundesverfassung vorgesehen sind oder durch kantonale Regalrechte begründet sind. Unterschieden wird dabei zwischen dem rechtlichen und dem faktischen Monopol. Da faktische Monopole mit tatsächlichen Gegebenheiten wie der staatlichen Herrschaft über öffentliche Sachen wie Strassen etc. zusammenhängen,¹⁹⁴ steht vorliegend das rechtliche Monopol im Vordergrund.

Ein rechtliches Monopol liegt vor, wenn es auf einem Rechtssatz beruht. Dabei wird zwischen unmittelbaren und mittelbaren rechtlichen Monopolen sowie zwischen Polizeimonopolen unterschieden.¹⁹⁵ Ist eine wirtschaftliche Tätigkeit aufgrund einer rechtlichen Bestimmung dem Staat vorbehalten und dem Privaten untersagt, spricht man von einem unmittelbarem rechtlichen Monopol. Dies ist beispielsweise bei dem Eisenbahnmonopol

¹⁹⁰ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 248.

¹⁹¹ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 248.

¹⁹² Tschannen/Zimmerli, 2005, § 45, Rz. 17.

¹⁹³ Tschannen/Zimmerli, 2005, § 45, Rz. 2.

¹⁹⁴ Häfelin/Müller, 2002, Rz. 2568.

¹⁹⁵ Häfelin/Müller, 2002, Rz. 2561.

gegeben.¹⁹⁶ Bei einem mittelbar rechtlichen Monopol ist beispielsweise die Benützung einer öffentlichen Anstalt oder eines öffentlichen Dienstes durch Rechtssatz zwingend vorgeschrieben, womit Private indirekt von der entsprechenden Tätigkeit – obwohl grundsätzlich erlaubt – ausgeschlossen sind. Beispiel für ein mittelbar rechtliches Monopol ist die obligatorische Unfallversicherung bei der SUVA.¹⁹⁷

Da die Einführung eines rechtlichen Monopols einen schweren Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit darstellt, bedürfen rechtliche Monopole auf Bundesebene gemäss Art. 94 Abs. 4 BV einer Einzelermächtigung in der Verfassung. Dabei muss das Monopol in der Bundesverfassung nicht ausdrücklich vorgesehen sein; steht dem Bund eine umfassende Gesetzeskompetenz zu, so kann er den Umfang einer Monopolisierung bestimmen.¹⁹⁸ Nebst der verfassungsrechtlichen Ermächtigung sind die allgemeinen Grundrechtsschranken der gesetzlichen Grundlage, des öffentlichen Interesses und der Verhältnismässigkeit zu beachten.¹⁹⁹

Ob Art. 117 BV sowie allenfalls Art. 118 BV eine genügende verfassungsrechtliche Ermächtigung für die Einführung eines schweizweiten PPP-basierten Gesundheitskartensystems enthalten, bleibt abzuklären.

Auf Kantonsebene bestehen seit langem historische Monopole, respektive Regale, beispielsweise das Jagd-, Fischerei- und Salzregal, welche in der Bundesverfassung verankert sind.²⁰⁰ Weiter kann der Kanton jedoch auch neue Monopole erlassen, namentlich aus sozialpolitischen Gründen, sofern diese verhältnismässig sind und auf einem öffentlichen Interesse beruhen.²⁰¹ Dasselbe gilt für die Einführung von Monopolen aus polizeilichen Gründen.²⁰² Im Zusammenhang mit der Einführung neuer Monopole aus sozialpolitischen Gründen werden vor allem Themen aus dem Bereich des Gesundheitswesens diskutiert. So wurde beispielsweise die Schaffung eines kantonalen Monopols für die obligatorische Unfallversicherung von Schülerinnen und Schülern durch den Kanton Freiburg vom Bundesgericht geschützt.²⁰³

9.4.2.8 Gesellschaftsmodell

Grundsätzlich wird zwischen Trägerschaften des öffentlichen und des privaten Rechts unterschieden. So kann einerseits das Gemeinwesen, wie unter Ziffer 9.4.2.5 erwähnt, eine spezifische juristische Person des öffentlichen Rechts schaffen, die Aufgaben im Rahmen einer PPP übernimmt.²⁰⁴ Mögliche Formen sind dabei insbesondere:

¹⁹⁶ Häfelin/Müller, 2002, Rz. 2562 - 2563.

¹⁹⁷ Tschannen/Zimmerli, 2005, § 45, Rz. 3.

¹⁹⁸ Häfelin/Müller, 2002, Rz. 2571.

¹⁹⁹ Tschannen/Zimmerli, 2005, § 45, Rz. 8 - 11.

²⁰⁰ Häfelin/Müller, 2002, Rz. 2575.

²⁰¹ Häfelin/Müller, 2002, Rz. 2577 - 2580.

²⁰² Häfelin/Müller, 2002, Rz. 2578.

²⁰³ Häfelin/Müller, 2002, Rz. 2577 - 2582.

²⁰⁴ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 217.

- Öffentliche Unternehmen des Bundes in Privatrechtsform (insbesondere spezialgesetzliche Aktiengesellschaften): Hier handelt es sich um Unternehmen, die eine privatrechtliche Struktur aufweisen – meist die Form einer Aktiengesellschaft -, an der jedoch keine oder nur eine minimale Beteiligung von Privaten besteht. Solche Unternehmen, beispielsweise eine spezialgesetzliche Aktiengesellschaft, benötigen eine klare gesetzliche Grundlage in einem formellen Gesetz. Sie werden mehrheitlich dem öffentlichen Recht zugerechnet.²⁰⁵ Bsp.: Nationalbank.
- Spezialgesetzliche Aktiengesellschaften der Kantone (Art. 763 OR). Auch die kantonalen spezialgesetzlichen Aktiengesellschaften werden dem öffentlichen Recht zugerechnet. Die Kantone haben zudem Staatsgarantie zu leisten.²⁰⁶ Beispiele dafür sind insbesondere einzelne Kantonalbanken.
- Öffentlich-rechtliche Anstalten: Die öffentlich-rechtliche Anstalt ist eine „Verwaltungseinheit, zu der ein Bestand von Personen und Sachen durch Rechtssatz technisch und organisatorisch zusammengefasst ist und die für eine bestimmte Verwaltungsaufgabe dauernd den Anstaltsbenützern zur Verfügung steht“²⁰⁷. Selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten sind juristische Personen des öffentlichen Rechts und damit Trägerinnen von Rechten und Pflichten. Sie haben ein eigenes Vermögen und haften für ihre Verbindlichkeiten, wobei häufig in der relevanten gesetzlichen Grundlage eine subsidiäre Staatshaftung vorgesehen ist. Beispiele für selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten des Bundes sind die SUVA und die ETH oder auf kantonaler Ebene die Kantonalbank des Kantons Zürich.
- Öffentlich-rechtliche Stiftungen.

Beim Gesellschaftsmodell im Rahmen einer PPP stehen **Gesellschaftsformen des privaten Rechts** im Vordergrund, da diese die Beteiligung privater Partner am einfachsten ermöglichen. Dabei kann die Erfüllung der öffentlichen Aufgabe durch eine Gesellschaft mit persönlicher wie finanzieller Beteiligung der öffentlichen Hand sowie privater Partner erbracht werden. Der Gesellschaftsvertrag im Rahmen der so entstehenden PPP muss dabei auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen. Zu beachten ist, dass eine rein finanzielle Beteiligung der öffentlichen Hand nicht ausreichen würde, um von einer PPP in Gesellschaftsform zu sprechen.²⁰⁸

Generell sind Gesellschaftsmodelle dann zu prüfen, wenn die im Raum stehende Aufgabe komplex ist und verschiedenartigstes Know-how verlangt. Gesellschaftsmodelle ermöglichen insbesondere auch eine Verteilung des finanziellen Risikos.²⁰⁹ Die Gesellschaftsanteile sind abhängig von der Interessenlage der beteiligten Partner. Der Vorteil eines Gesellschaftsmodells liegt in der intensiveren Zusammenarbeit der Partner und der damit verbundenen höheren Mitwirkungs- und Kontrollpflicht seitens des Gemeinwesens.²¹⁰

²⁰⁵ Häfelin/Müller, 2002, N. 1483 - 1492.

²⁰⁶ Häfelin/Müller, 2002, N. 1493 - 1495.

²⁰⁷ Häfelin/Müller, 2002, N. 1314.

²⁰⁸ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 249.

²⁰⁹ Bolz Urs/Ehrensperger Marc/Oetterli Jörg, in: Bolz, 2005, S. 28.

²¹⁰ Minini Romeo/Bolz Urs/Bischof Marcel, in: Bolz, 2005, S. 250.

Obwohl grundsätzlich alle Gesellschaftsformen des Privatrechts²¹¹ als Trägerschaft denkbar sind, steht aus Haftungsüberlegungen und wegen der Einfachheit der Beteiligung sowie der leichten Übertragbarkeit der Anteile die Aktiengesellschaft gemäss Art. 620ff. OR im Vordergrund. Will sich die öffentliche Hand kapitalmässig nicht beteiligen, kann sie sich zudem gestützt auf Art. 762 Abs. 1 OR das Recht einräumen lassen, Vertreter in den Verwaltungsrat oder in die Revisionsstelle abzuordnen, auch wenn sie nicht Aktionärin ist. In diesem Zusammenhang wird häufig der Begriff der „gemischtwirtschaftlichen Unternehmung“ gebraucht, der jedoch in der juristischen Literatur nicht einheitlich verwendet wird. Art. 762 Abs. 2 OR verwendet den Begriff nur für Aktiengesellschaften, an denen eine Körperschaft des öffentlichen Rechts als Aktionär beteiligt ist. Die Mehrheit der Lehre lehnt diese Einschränkung jedoch ab und spricht auch dann von einer gemischtwirtschaftlichen AG, wenn die öffentliche Hand das Privileg von Art. 762 Abs. 1 OR in Anspruch nimmt.²¹²

9.4.2.9 Kombinationen

Im Rahmen einer PPP sind Kombinationen der oben beschriebenen Modelle möglich und häufig. Dies gilt im Besonderen für eine PPP in einem so komplexen Bereich wie der Gesundheitskarte. Varianten konkreter Ausgestaltungen wären im Rahmen einer weiteren Studie zu prüfen.

9.4.3 Empfehlungen und Handlungsbedarf betreffend PPP

Für die meisten der dargestellten Ausgestaltungsmöglichkeiten ist eine genügende gesetzliche Grundlage erforderlich. Sofern eine bundesweite Lösung angestrebt werden soll, ist aus Gründen der Rechtssicherheit die Einführung einer bundesrechtlichen Grundlage unumgänglich. Angesichts der komplexen Thematik und der Vielfalt der beteiligten Akteure drängt sich ein eigenes **Bundesgesetz** auf. Da dies bereits die Schlussfolgerung zu den datenschutzrechtlichen Ausführungen war²¹³, wäre ein kombiniertes Bundesgesetz zu beiden Themenbereichen zu prüfen.

Aufgrund der Komplexität der Thematik sollte in einer folgenden Studie zunächst eine vertiefte Auslegeordnung zur Zusammenarbeitsform der PPP, insbesondere auch mit Bezug auf die sich stellenden juristischen Fragen, vorgenommen werden.

Um fundierte und vor allem konkretere juristische Aussagen zu ermöglichen, sollte nebst dieser generellen Auslegeordnung ein mögliches PPP-Modell entwickelt werden, das juristisch beurteilt werden kann. Dies hat den Vorteil, dass anhand eines konkreten Beispiels durchgespielt werden kann, welche Fragen und Hindernisse sich effektiv in praxi stellen würden. Erst damit würde eine Antwort zur Machbarkeit einer solchen PPP ermöglicht.

²¹¹ Insbesondere auch die GmbH, die Genossenschaft, der Verein oder die privatrechtliche Stiftung.

²¹² Häfelin/Müller, 2002, N. 1501. Gemischtwirtschaftliche Unternehmungen können aber auch in einem anderen Rechtskleid, beispielsweise in der Form einer öffentlichrechtlichen Aktiengesellschaft oder Genossenschaft auftreten. Wesentlich ist die körperschaftliche Struktur, wobei üblicherweise das Gemeinwesen und die beteiligten Privaten das Unternehmenskapital gemeinsam zur Verfügung stellen, vgl. Häfelin/Müller, 2002, N. 1496 - 1500.

²¹³ Vgl. Ziffer 9.3.3 oben.

Solche vertieften juristischen Abklärungen bedingen gleichzeitig ein vertieftes Gespräch mit den beteiligten Akteuren zum Thema PPP, um sich über mögliche und vor allem politisch machbare Szenarien mehr Klarheit zu verschaffen.

10 Schlussfolgerungen

Dieser Bericht zeigt auf, dass die Machbarkeit einer schweizweiten Public Private Partnership zum Aufbau und Betrieb eines Health Information Clearinghouses / Gesundheitskarte grundsätzlich gegeben ist. Insbesondere der Aspekt des Zusammenwirkens der verschiedenen Akteure ist dabei zentral.

Im Bericht werden die aktuelle Situation in der Schweiz aufgezeigt und die für eine Umsetzung wichtigen Aspekte beleuchtet. Alle befragten Akteure haben sich bereits Gedanken zur Thematik und ihrer Rolle dabei gemacht.

Die Einführung eines Health Information Clearinghouse setzt eine klare Definition eines konkreten Modells in der Praxis (Businesscase) voraus. Dies umfasst die Bestimmung des Systems sowie das Festlegen einer Strategie, mit welcher die anvisierten Ziele erreicht werden können. Dieses Vorgehen bedingt, dass politische, ökonomische, rechtliche, medizinische und auch technische Aspekte aufeinander abgestimmt werden.

Eine umfassende Definition dieses Modells sollte unter der Führung des Bundes unter Einbezug der verschiedenen Akteure erfolgen. Rechte und Pflichten der Akteure müssen festgelegt werden. Für eine Konsensbildung wird die Bereitschaft, Kompromisse einzugehen, vorausgesetzt. Bereits existierende Lösungen der einzelnen Schweizer Akteure sollen soweit möglich in der Diskussion berücksichtigt werden. Wir erachten es als wichtig, dass die Erfahrungen mit Schweizer Pilotprojekten und ähnlichen Projekten aus dem Ausland miteinbezogen werden. Das Ziel eines Austausches mit bestehenden Projekten sollte sein, aus Fehlern bzw. Schwierigkeiten in anderen Staaten zu lernen sowie Bewährtes zu übernehmen, soweit dies in den schweizerischen Kontext passt.

Der praktische Nutzen für die verschiedenen Anspruchsgruppen muss noch klarer aufgezeigt und dokumentiert werden (insbesondere in den Bereichen Medizin und Ökonomie). Die gewählte Lösung muss aus Akzeptanz- und Nutzengründen Anreize für alle Akteure beinhalten. Ist ein angemessener Nutzen nicht in allen Bereichen zu sehen, kann allenfalls eine Teillösung dem komplexen Health Information Clearinghouse vorgezogen werden. Dies entspricht der Tendenz einzelner der befragten Akteure, zuerst die Versicherungskarte sowie bestehende Strukturen und Teillösungen zu etablieren und aus diesen Erfahrungen zu lernen.

Nach Einigung auf ein schweizweites Modell sollte der Bund als Gesetzgeber für die entsprechenden Rahmenbedingungen besorgt sein. Insbesondere wären die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen neu zu schaffen. Die so geschaffenen Rahmenbedingungen würden Rechtssicherheit und Voraussehbarkeit sowohl für die Akteure als auch für potentielle Investoren mit sich bringen. Ebenso liessen sich die entsprechenden finanziellen, organisatorischen und technischen Instrumentarien definieren.

Wie bei allen Vorhaben ist der Kommunikation grosse Aufmerksamkeit zu schenken. Das vorliegende Projekt mit seiner hohen Komplexität und dem Umgang mit besonders heiklen Daten erfordert eine offene, fortlaufende und transparente Information. Dies insbesondere dadurch, dass sehr viele Akteure betroffen sind und damit grosse Veränderungen

von Arbeitsabläufen und Prozessen resultieren werden. Dementsprechend ist die Kommunikation Aufgabe aller Akteure entsprechend ihrer Zielgruppe (Gesamtbevölkerung, Mitglieder der Dachverbände etc.). Mit dieser Art von Information soll die notwendige Akzeptanz geschaffen werden. Dabei ist es besonders wichtig, den zu erreichenden Nutzen aufzuzeigen und mögliche Ängste zu nehmen. Das Augenmerk ist insbesondere auf die direkten Anwender wie die Patienten und die Leistungsbringer (Ärzte, Apotheker, Therapeuten etc.) zu richten. Bei all den Überlegungen und Diskussionen dürfen die ethischen Aspekte nicht ausser Acht gelassen werden.

Die nachfolgende Grafik zeigt nochmals den wünschbaren Ablauf für die Umsetzung und Einführung eines nationalen Health Information Clearinghouses. Je klarer und transparenter die Strategie und die Rahmenbedingungen für eine Umsetzung geschaffen sind, desto konkretere Aussagen können zur Akzeptanz, zum Nutzen und dem Zeitpunkt der Umsetzung der einzelnen Schritte gemacht werden.

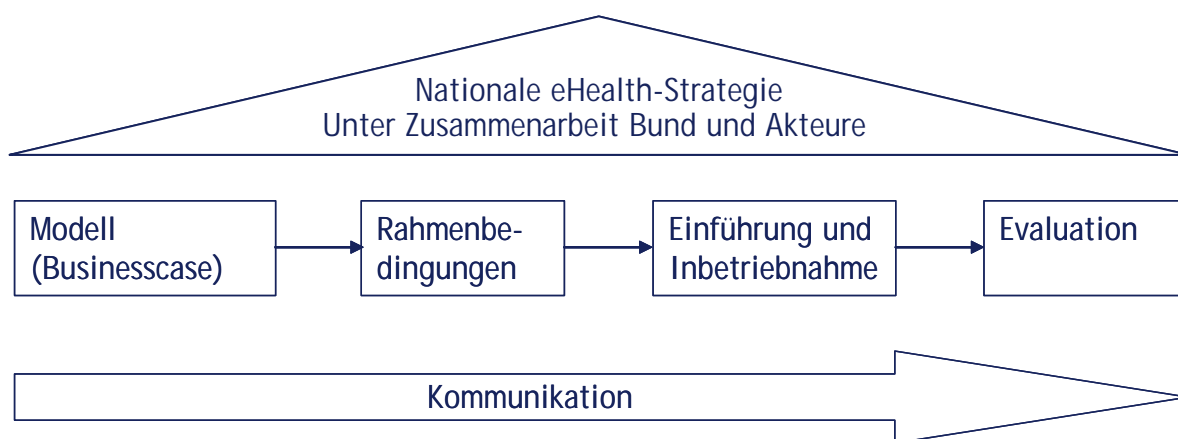


Abbildung 5: Ablauf Projekt Health Information Clearinghouse
Eigene Darstellung

11 Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns bei all unseren Interview- und Gesprächspartnern für die angeregten und weit reichenden Diskussionen sowie für schriftliche Rückmeldungen bedanken. Ein weiterer Dank gebührt den Mitgliedern des Projektausschusses, Frau Nationalrätin Christine Egerszegi, Herrn Nationalrat Ruedi Noser und Herrn Dr. med. Martin Denz für ihre Inputs und Anregungen.

12 Verzeichnisse

12.1 Interview-Verzeichnis

- **Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH**, 18. Januar 2006, Bern
Dr. med. Georg von Below, Abteilung Daten, Demographie und Qualität
- **Gesundheits- und Sozialdepartement Kanton Luzern**, 9. Februar 2006, Luzern
Dr. Markus Dürr, Präsident GDK und Vorsteher Gesundheits- und Sozialdepartement Kanton Luzern
Herr Hans-Peter Bättig, Leiter Abteilung Organisation und Informatik Gesundheits- und Sozialdepartement Kanton Luzern
Herr Hanspeter Vogler, wissenschaftlicher Mitarbeiter Departementssekretariat Gesundheits- und Sozialdepartement Kanton Luzern
- **H+**
Die Spitäler der Schweiz, 31. Januar 2006, Bern
Dr. Bernhard Wegmüller, Geschäftsführer
Dr. med. Simon Hölzer, stv. Geschäftsführer
Herr Martin Bienlein, Projektleiter Gesundheitspolitik
Herr Reinhard Voegele, Leiter Kommunikation
- **Politik**, 1. März 2006, Baden
Frau Christine Egerszegi, Nationalrätin
- **santésuisse**
Die Schweizer Krankenversicherer, 1. Februar 2006, Solothurn
Herr Stefan Kaufmann, stv. Direktor, Leiter Ressourcen und Logistik
- **Schweizerischer Apothekerverband SAV und Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker Ofac**, 21. März 2006, Bern
Dr. pharm. Marcel Mesnil, Generalsekretär SAV
Dr. pharm. Jean-Luc Salomon, Generaldirektor Ofac
- **Schweizerische Patientenorganisation SPO**, 22. Februar 2006, Zürich
Frau Pia Ernst, Geschäftsführerin SPO
- **SUVA**, 18. Januar 2006, Luzern
Dr. med. Beat Arnet, Abteilungsleiter Präventionsdienste
- **Dialog Ethik**
Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen, 1. November 2005, Zürich
Dr. Ruth Baumann-Hölzle, Institutsleiterin
Frau Dorothee Bürgi, Verantwortlich für die Patientenverfügung HumanDokument

12.2 Abbildungs-Verzeichnis

Abbildung 1: operativer und analytischer Bereich des Health Information Clearinghouse	42
Abbildung 2: Akteure und Partner im Rahmen der Gesundheitskarte	52
Abbildung 3: Bestimmungsgrößen für das Finanzierungskonzept und die Kapitalstruktur	56
Abbildung 4: Investitionskosten eines Schweizer Versichertenkartensystems	66
Abbildung 5: Ablauf Projekt Health Information Clearinghouse.....	99

12.3 Tabellen-Verzeichnis

Tabelle 1: Zusammenzug der wichtigsten Erkenntnisse aus den Interviews	38
Tabelle 2: Systemkomponenten des operativen Bereiches.....	44
Tabelle 3: Systemkomponenten des analytischen Bereiches.....	49
Tabelle 4: Durchschnittliche Einsparungen durch Rete Sanitaria Kanton Tessin und Schweiz	67
Tabelle 5: Vergleich Einsparungen durch eRezept.....	68

12.4 Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen und Institutionen

<i>Abkürzung</i>	<i>Definition</i>	<i>URL</i>
Abs.	Absatz	
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung	
ARGE	Arbeitsgemeinschaft	
Art.	Artikel	
BAG	Bundesamt für Gesundheit	www.bag.admin.ch
BGE	Bundesgerichtsentscheid	
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999	
Dialog Ethik	Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen	www.dialog-ethik.ch
DRG	Diagnosis Related Groups	
DSG	Bundesgesetz über den Datenschutz	
eCH	eGovernment Standards Verein für die Festlegung von Standards im Bereich eGovernment	www.ech.ch
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern	www.edi.admin.ch
EDSB	Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter	www.edsb.ch

<i>Abkürzung</i>	<i>Definition</i>	<i>URL</i>
EMRK	Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten	
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	www.fmh.ch
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren	www.gdk-cds.ch
(e)GK	(elektronische) Gesundheitskarte	
HAKOM	Hausarzt-Kommunikation	
HIC	Health Information Clearinghouse	
HIN	Health Info Net	www.hin.ch
HP	Hewlett Packard	www.hp.com
HPC	Health Professional Card	
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève	www.hug-ge.ch
H+	Die Spitäler der Schweiz	www.hplus.ch
ICT	Informations- und Kommunikationstechnologien	
i.e.S.	Im engeren Sinn	
IK	Institutionenkarte	
i.S.v.	Im Sinne von	
i.V.m.	In Verbindung mit	
KIS	Klinik-Informationssystem	
KSUV	Kommission für die Statistik der Unfallversicherung	
KT	Kartenterminal	
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung	
MediData	Firma, die Lösungen für elektronische Rechnungsübermittlung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern anbietet.	www.medidata.ch
OBSAN	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium	www.obsan.ch
OFAC	Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker	www.ofac.ch
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung	
OR	Obligationenrecht	
OVAN	Ofac value added network	http://ovan.ch
PACS	Picture Archiving and Communication System	
PKI	Public Key Infrastructure	
PPP	Public Private Partnership	
RIS	Radiologie-Informationssystem	
Santésuisse	Die Schweizer Krankenversicherer	www.santesuisse.ch

<i>Abkürzung</i>	<i>Definition</i>	<i>URL</i>
SAV	Schweizerischer Apothekerverband	www.sav.ch
SPO	Schweizerische Patienten - Organisation	www.spo.ch
SSP	Sicherheitssoftwareschicht	
StGB	Strafgesetzbuch	
SZA	Stelle für Zahlungsausgleich	
SWOT	Strength – Weakness – Opportunities – Threats	
TDN	Transaction Delivery Network	
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung	
ZertES	Bundesgesetz über Zertifizierungsdienste im Bereich der elektronischen Signatur	http://www.admin.ch/ch/d/ff/2003/8221.pdf
ZGB	Zivilgesetzbuch	
Ziff.	Ziffer	

12.5 Spezifische Begriffsdefinitionen

Medizinische Begriffe

<i>Begriff</i>	<i>Definition</i>
Anamnese	Erhebung der medizinischen Vorgeschichte
DRG	Diagnosis Related Groups deutsch Diagnosebezogene Fallgruppen bezeichnen ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, bei dem Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand unterteilt und bewertet sind.
eHealth	eHealth ist der integrierte Einsatz von Informations und Kommunikationstechnologie (ICT) zur Unterstützung, Gestaltung und Vernetzung der Prozesse und Teilnehmenden im Gesundheitswesen.
Offizin	Apotheke
Public Health	Wissenschaft der öffentlichen Gesundheit

Technische Begriffe

<i>Begriff</i>	<i>Definition</i>
Data Mart	Ein Data Mart ist ein Auszug, also eine ganze oder teilweise Kopie, aus einem Data Warehouse
Data Mining	Unter Data Mining versteht man das Entdecken und Extrahieren unbekannter Informationen aus großen Mengen von Daten.
Data Warehouse	zentrale Datensammlung , deren Inhalt sich aus Daten unterschiedlicher Quellen zusammensetzt.
eHIP	eHealth Interoperability Plattform, eine von Microsoft entwickelte Lösung
ETL	Extract, transform, load (ETL) bezeichnet einen wesentlichen Prozess beim Betrieb eines Data Warehouse, der sich aus drei Phasen zusammensetzt: <ul style="list-style-type: none"> - Extraktion der relevanten Daten aus verschiedenen Quellen - Transformation der Daten mittels Strukturanpassungen und Bereinigung - Laden der Daten in das Data Warehouse
Grid-Technologie	die Rechenleistung vieler Computer innerhalb eines Netzwerks so zusammenzufassen, dass die Lösung von rechenintensiven Problemen ermöglicht wird
IBM zSeries Server	verschiedene Server der Firma IBM (http://www-03.ibm.com/servers/de/eserver/zseries/)
MAS	Medical Archiving Solution, Lösung von HP
OLAP	Online Analytical Processing wird neben dem Data Mining, zu den analytischen Informationssystemen gezählt.
Ontologie	Spezifikation einer Konzeptualisierung
Request for Information	Informationsanforderung
Software OPENLiMit	Firma die Software im Bereich der elektronischen Signaturen anbietet.
SignCubes	
Smartcard	auch als Chipkarte bezeichnet, sind Plastikkarten mit eingebautem Chip, der eine Hardware-Logik, Speicher oder auch einen Mikroprozessor enthält.
SSP	Security Service Provider Der SSP ist eine Softwareschicht, die Aufgabe des SSP ist die Bereitstellung von Sicherheitsfunktionen.
.Net-Technologie	Microsoft .NET ist Software, welche Menschen, Informationen, Geräte und Systeme verbindet.

12.6 Literaturverzeichnis

- Aspectra. (2005). Lösungsvorschlag Health Information Clearing House. Zürich: aspectra AG.
- Beng, M. (2005a). Eine Gesundheitskarte für die Schweiz? *Schweizerische Ärztezeitung*, **86** (37), 2139-2144.
- Beng, M. (2005b). Übersicht der europäischen Aktivitäten zur Gesundheitskarte. Siemens Schweiz AG.
- Berger Kurzen, B. (2004). E-Health und Datenschutz. Diss: Zürich/Genf/Basel.
- Bolz, U. (2006). *eHealth Schweiz - Ausgestaltungsmöglichkeiten mittels Public Private Partnership*. Paper presented at the Healthcare Forum, Bern.
- Bolz, U. (Hrsg.). (2005). Public Private Partnership in der Schweiz, Grundlagenstudie - Ergebnis einer gemeinsamen Initiative von Wirtschaft und Verwaltung (Vol. 3). Zürich/Basel/Genf: Schulthess.
- Buetikofer, C. (2006). Diese Karte kennt Ihre Gesundheit. Tagesanzeiger.
- Bundesamt für Justiz. (2003). Die Transparenz der Verwaltung fördern. Bundesamt für Justiz, <http://www.ofj.admin.ch/bj/de/home/dokumentation/medieninformationen/2003/59.html>
- Bundesamt für Justiz. (2006). Datenschutz. Bundesamt für Justiz, http://www.bj.admin.ch/ejpd/de/home/themen/staat_und_buerger/ref_gesetzgebung/ref_datenschutz.html,
- Bundesamt für Sozialversicherung. (2005). Neue AHV-Nummer. Bundesamt für Sozialversicherung, <http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2005/d/05112301.htm>
- Bundesamt für Statistik. (2006). Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) und der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) 2005. Bundesamt für Statistik, http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/bevoelkerung/uebersicht/blank/analysen_berichte/result.ContentPar.0010.DownloadFile.tmp/Statistik%202005%20prov.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit. (2006). Die Gesundheitskarte. Bundesministerium für Gesundheit, <http://www.die-gesundheitskarte.de/>
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit/Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2003). Informationsgesellschaft Deutschland 2006. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit,
- Bundesministerium für Bildung und Forschung, http://www.bmbf.de/pub/aktionsprogramm_informationsgesellschaft_2006.pdf
- Ceriani, R. (2004). Geografisch verteilte Speicherung und Nutzung von medizinischen Bilddaten. HP.
- Christensen, C. M./Bohmer, R./Kenagy, J. (2000). Will disruptive innovations cure health care? (Vol. September 2000). Harvard Business Review. Boston.
- Comtesse, X. (2005). Dartfish, Logitech, Swissquote und Co. Avenir Suisse,

-
- Debold & Lux. (2005). Die Versichertenkarte und der Aufbau einer Telematikinfrastruktur. Grobdesign. 1.0. Hamburg: Debold & Lux, Beratungsgesellschaft für Informationssysteme und Organisation im Gesundheitswesen mbH.
- Della Santa, M./Benvenuti, C./Cassis, I. (2002). Sperimentazione della carta sanitaria. 16. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale.
http://www.retesan.ch/framework/ModuleFiles/modd_document/10/cartasan_16.pdf
- DIMDI. (2006a). eHealth. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, <http://www.dimdi.de/static/de/ehealth/index.htm>
- DIMDI. (2006b). Umsetzung und Ausblick. Unpublished manuscript, Köln.
- Drucker, P. F. (1994). The Theory of the Business. Harvard Business Review. Boston.
- ecard. (2006). Die e-card ist da. ecard,
http://www.chipkarte.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=220&p_menuid=52129&p_id=4
- eCH. (2006). eCH. eGovernment Standards. eCH, <http://ech.ch/>
- Ehrenzeller, B./Mastronardi, P./Schweizer, R. J./Vallender, K. A. (Hrsg.), (2002). Die schweizerische Bundesverfassung, Kommentar. Zürich/Basel/Genf.
- Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter. (2001/2002). 9. Tätigkeitsbericht 2001/2002. Bern: Bundeskanzlei. <http://www.edsb.ch/d/doku/jahresberichte/tb9/tb9d.pdf>
- Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter. (2006). Stand des Datenschutzes weltweit. Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter,
http://www.edsb.ch/d/themen/ausland/liste_d.pdf
- Ernst, P. (2005). 2008 kommt die Versichertenkarte. Patientenzeitung, **3**, 11.
- FMH. (2005). Stellungnahme der FMH zur Versichertenkarte. Bern: Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte.
- gematik. (2006a). Beirat. Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, <http://www.gematik.de/beirat.aspx>
- gematik. (2006b). Gesellschafter der gematik. Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, <http://www.gematik.de/gesellschafter.aspx>
- gematik. (2006c). Wer wir sind. Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, <http://www.gematik.de/werwirsind.aspx>
- Gerhard, D. (2005). Gesundheitskarte und "Health Information Clearing House". Parametrix.
- Grimm. (2005). Was könnte die Gesundheitskarte bringen?
- Güntensperger, M./Käch, S./Kindhauser, M./Manzoni, C./Müller, H. K. (2005). Das Gesundheitswesen in der Schweiz. Leistungen, Kosten, Preise. Ausgabe 2005 (Vol. 25). Basel: Interpharma Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz.
- Gygy, U. (2005). Die Rolle der Post in einem Gesundheitswesen im Wandel. Die Post.
- H-NET AG. (2005). Produktinformation. Zürich: H-NET AG.
- H+. (2005). Bundeshaus, Kurzinformation von H+. 4. Bern: H+, Die Spitäler der Schweiz.
- Häfelin, U./Haller, W. (2005). Schweizerisches Bundesstaatsrecht (6. ed.). Zürich/Basel/Genf.

-
- Häfelin, U./Müller, G. (2002). Allgemeines Verwaltungsrecht (4. ed.). Zürich/Basel/Genf.
- Hess, P. (2005). Gesundheitskarte und Health Information Clearinghouse. Lösungsvorschlag Abraxas. St. Gallen: Abraxas Informatik AG.
- Horschik, M. (2002). Ohne Datenschutz kein E-Health. Kritische Momentaufnahme der datenschutzrechtlichen Situation im Gesundheitswesen. digma 2002.
- Hürlimann, B./Jacobs, R./Poledna, T. (Hrsg.), (2001). Datenschutz im Gesundheitswesen. Zürich.
- Lazarou, J./Pomeranz, B. H./Corey, P. N. (1998). Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients. A meta-analysis of prospective studies. *The Journal of the American Medical Association*, 279 (15), 1200-1205.
- Lienhard, A. (2005). Staats- und verwaltungsrechtliche Grundlagen für das New Public Management in der Schweiz, Analyse - Anforderungen - Impulse. Habil.: Bern.
- Lorini, E. (2005). Rolle von HIN in einer nationalen eHealth-Architektur. Die Security Plattform für Leistungserbringer. Health Info Net AG.
- Lux, A. (2006). Versichertenkartensystem. Ergebnisse Kosten-Nutzen-Analyse. Debold & Lux.
- Maurer, U./Vogt, N. P. (Hrsg.), (1995). Kommentar zum Schweizerischen Datenschutzgesetz. Basel.
- Meierhans, D. (2004). Schweiz im e-Government-Rückwärtsgang.
- Microsoft. (2006). Ihre Gesundheit. Unsere Lösungen. Die eHealth Interoperability Plattform. Unterschleissheim: Microsoft Deutschland GmbH.
- Moser, C./Denz, M. (2004). Situationsanalyse eHealth.
- Moutafis, J. (2006). Wie teuer wird die elektronische Gesundheitskarte? silicon.de, http://www.silicon.de/enid/wirtschaft_und_politik_3a.html?c_id=17804
- Muster, D. (2005). Argumentationsset für den Einsatz einer qualitativen elektronischen Signatur im eHealth. Effretikon: SignPool GmbH.
- Muster, D./Geiser, J.-M./Winkler, M. (2005). Wissenswertes zur Anwendung der elektronischen Signatur (im eGovernment). Bern: eCH.
- Noser, R. (2005). *eHealth in der Schweizer Politik und in der Realität*. Paper presented at the Telematiktage Bern 2005, Healthcare Forum, Bern.
- Poledna, T./Kieser, U. (Hrsg.), (2005). Schweizerisches Verwaltungsrecht (Vol. Band VI-II). Gesundheitsrecht. Basel.
- Rete sanitaria. (2006). Rete sanitaria. Rete sanitaria, http://www.retesan.ch/framework/Desktopdefault.aspx?menu_index=0&menu_id=75
- Rey, J.-C./Frischknecht, B. (2001). Aktualisierung der Studien "Un carnet de santé en Suisse: étude d'opportunité?" Ecublens: Institut de santé et d'économie.
- Ridolfi, R. (2003). Guidelines for successful public - private partnerships. Brüssel: European commission.
- Schmid, A./Nagel, A. (2005). Einführung einer Versichertenkarte - Zwischenbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

- Schönenberger, M. (2003). Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien in Krankenhaus, Arztpraxis und bei deren überbetrieblicher Vernetzung. Berlin: dissertation.de - Verlag im Internet GmbH.
- Siemens. (2006). Siemens im Gesundheitswesen. Siemens, <http://healthcare.siemens.com/portalges/de/home/integrierteversorgung/default.asp>
- Signpool. (2005). Smarte Smart Card Anbindung mit SignPool GmbH. Effretikon: SignPool GmbH.
- Sosalla, U. (2006). Gesundheitskarte belastet Kassen. Financial Times Deutschland, <http://www.ftd.de/politik/deutschland/41065.html>
- Swisscom. (2006). Swisscom beteiligt sich an der Medgate-Gruppe. Swisscom,
- Thür, H. (2005). **Gesundheits- und Versichertenkarte**. Paper presented at the 5. Schweizerischer eHealthCare Kongress, Nottwil.
- Tschannen, P./Zimmerli, U. (2005). Allgemeines Verwaltungsrecht (2. ed.). Bern.
- Wüthrich-Schneider, E./Künzi, B./Oswald, W. (1999). swisspep - Qualität mit System. Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen, http://www.swisspep.ch/pages/Lit/QDdoku_dt.html

13 Anhang

Interview-Leitfaden Gesundheitskarte

Aktuelle Aktivitäten

Welches sind Ihre Aktivitäten bezüglich eHealth/Gesundheitskarte?
Haben Sie diesbezüglich Kontakte mit anderen Akteuren?

Nutzen - Risiken

Wo sehen Sie den Nutzen einer Gesundheitskarte für Ihre Institution? Welches sind Ihre bisherigen Erfahrungen?

Wie beurteilen Sie die Idee, über die Gesundheitskarte generierte/generierbare Daten in anonymisierter Form für Forschungs- und statistische Zwecke kostenpflichtig zur Verfügung zu stellen? Sehen Sie Nutzen für Ihre Organisation aus diesem analytischen Bereich (vgl. Dokument „Erläuterung zum Health Information Clearinghouse„)?

Hürden

Welches sind aus Ihrer Sicht allfällige Hürden, die bei der Einführung der Gesundheitskarte beachtet werden müssen (z.B. Recht (insbesondere Datenschutz), Ethik, Finanzen, Informatik (insbesondere Ihre Hard- und Software), politische und kulturelle Aspekte insbesondere auch im Hinblick auf unsere föderalistische Staatsstruktur)? Wie könnten diese aus Ihrer Sicht gelöst werden?

Akzeptanz – Voraussetzungen

Wie beurteilen Sie die Akzeptanz in Ihrer Organisation? Welche Voraussetzungen müssen erfüllt werden, um die Akzeptanz zu erhöhen? Wie beurteilen Sie die Akzeptanz einer schweizerweiten Gesundheitskarten-Lösung bei den übrigen Akteuren und der schweizerischen Bevölkerung im Allgemeinen? Wie könnten Sie zur Erhöhung der Akzeptanz beitragen?

Rolle - Kooperation mit anderen Akteuren - Erwartungen

Welches könnte Ihre Rolle bei einer Einführung der Gesundheitskarte sein? Welches sind Voraussetzungen/Erwartungen damit Sie mit anderen Akteuren zusammenarbeiten würden? Was bräuchte es, damit die Akteure gemeinsam eine Lösung erarbeiten?

Mögliche Schritte

Was könnten Sie zu einer möglichen Lösung beitragen? Wie? Wann? Mit wem?

Finanzierung - Trägerschaft

Wie könnte/müsste aus Ihrer Sicht eine mögliche Trägerschaft für eine schweizweite Gesundheitskarte aussehen (zentrale/dezentrale Lösung; rechtliche Einbettung → rein vertragliche Lösung zwischen den einzelnen Akteuren, Lösung mit Gesellschaftsform als Betreiberin, etc.)? Haben Sie auch dazu bereits Kenntnisse/Erfahrungswerte?

Wie beurteilen Sie die Geeignetheit einer Public Private Partnership als Trägerin der schweizweiten Gesundheitskarte? Welche Akteure sollten sich in welcher Form aus Ihrer Sicht an einer solchen PPP beteiligen? Welche Rolle würden Sie im Rahmen der Trägerschaft übernehmen?