

Eine Gesundheitskarte für die Schweiz?

Die Einführung einer Gesundheitskarte in der Schweiz und die Rolle, die der Bund dabei spielen könnte oder müsste: Dies war das Thema einer vom Eidgenössischen Departement des Innern am 30. August 2001 organisierten Abgleichtagung. Die Expertenberichte¹ haben unter den rund 150 Teilnehmenden aus den verschiedenen interessierten Kreisen angeregte Diskussionen ausgelöst. Zu mehreren Fragen ergab sich ein breiter Konsens, so etwa zum Recht der Patient/innen auf den Schutz ihrer persönlichen Daten, zur Qualität und zur Wirtschaftlichkeit der Betreuung sowie zur Vereinfachung administrativer Abläufe.



Jean-Claude Rey²

Institut de santé et d'économie, Lausanne
Jean-Claude.Rey@hospvd.ch

Die meisten Redner/innen an der Abgleichtagung sprachen sich für eine Gesundheitskarte aus, die hauptsächlich der persönlichen Identifizierung sowie dem Datenzugang dienen soll, und zwar vor dem Hintergrund der zunehmenden Informatisierung des Gesundheitssektors, der Verbreitung des Internets und den neuen Anforderungen bezüglich der Vertraulichkeit von Patientendaten.

Vom Bund wird erwartet, dass er unter allen erwähnten Aspekten,

¹ Verfügbar auf: <http://www.hospvd.ch/public/ise/de/chipkarte>.

² Mit Unterstützung von Laure Curt und Brian Frischknecht, Institut de santé et d'économie, Lausanne.

³ Institut für Gesundheit und Ökonomie (ISE): «Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité» in Beiträge zur Sozialen Sicherheit; Nr. 3/99.

von denen einige bereits in Anwendung oder in Entwicklung sind, zwingende Prioritäten festlegt und gleichzeitig zur Koordinierung der bestehenden Projekte beiträgt. An erster Stelle steht dabei ein einziges Identifizierungsmedium, das eine bessere Vertraulichkeit gewährt als die heutige AHV-Nummer.

Ausgangslage

Zahlreiche Länder haben bereits eine Gesundheitskarte eingeführt, wobei die Ziele je nach Gesundheitssystem, Prioritäten und beteiligten Akteuren sehr unterschiedlich sind. So ging es in Frankreich in erster Linie um das Ersetzen des bisherigen Versicherungsausweises in Papierform durch eine Magnet-

karte und erst in einem zweiten Schritt um das Erfassen medizinischer Daten auf einer Chipkarte. In Deutschland stand die Rationalisierung des Systems im Vordergrund. Die Versichertenkarte soll eine standardisierte Informatisierung des Datenaustausches zwischen Versicherern und Leistungserbringern bewirken.

Meist stehen indes allgemeine Ziele im Mittelpunkt, wie etwa die Koordinierung der gesundheitlichen Betreuung, eine bessere Beziehung zwischen Versicherten, Patient/innen und Leistungserbringern sowie, ganz allgemein, ein leistungsfähigeres Gesundheitssystem.

In der Schweiz sind zahlreiche Projekte auf privater Initiative entstanden, so z.B. in Form von Karten (viele Krankenkassen haben beispielsweise ihren Versicherten Karten zukommen lassen, ebenso Verrechnungsdienste ihren Kunden), von elektronischen Patientendossiers (hier sind insbesondere zwischen den Universitätskliniken zahlreiche Projekte in Gang) oder von geschützten EDV-Netzen (z.B. des Schweizerischen Ärzteverbandes FMH). Zwei Kantone (Genève und Tessin) haben integrierte Projekte in Gang gesetzt.

Auf Bundesebene

Auf nationaler Ebene hat sich der Bundesrat aufgrund des Postulats Guisan im Januar 1997 bereit erklärt, Vor- und Nachteile der allgemeinen Einführung einer Gesundheitskarte zu prüfen. Darauf folgten 1998 die Veröffentlichung eines Berichts des BSV über die Zweckmässigkeit einer Gesundheitskarte³ und Anfang 2000 eine Studie des Schweizerischen Wissenschafts- und Tech-

Der Staat schafft einen Mehrwert

Es gibt zahlreiche Beispiele von individuellen Erfindungen, deren Potenzial durch das koordinierende Wirken einer Behörde vervielfacht wurde: So hat zum Beispiel die Festlegung einer Normbreite für Eisenbahngleise die Entwicklung des Verkehrs erleichtert. Was wichtiger ist: sie hat mit der erhöhten Bewegungsfreiheit auch den Konsumentinnen und Konsumenten einen Mehrwert gebracht.

Andere Beispiele zeigen, dass ohne Koordinierung – oder nach gescheiterten Koordinierungsversuchen – die Nutzung einer Neuerung beeinträchtigt, gebremst oder gar aufgegeben wird. Ein besonders aussagekräftiges Beispiel bildet die Mobiltelefonie, die sich in Europa dank des abgesprochenen Vorgehens der staatlichen oder parastaatlichen Gesellschaften viel harmonischer entwickelt hat als in den Vereinigten Staaten. Die koordinierte Vorgehensweise hat zudem die technologische Entwicklung beschleunigt, dank welcher der Rückstand aufgeholt und danach sogar eine marktführende Position erlangt werden konnte. Es erscheint in diesem Zusammenhang sinnvoll, Überlegungen zu einem koordinierten Vorgehen bei der Einführung von Karten im Gesundheits- und Sozialsystem sowie in dieser Frage zur Rolle des Staates und zu allfällig daraus folgenden Mehrwerten anzustrengen.

nologierates über die Chancen und Risiken computerbasierter Patientendossiers.⁴

Die erste Studie hat mehrere Aspekte der Problematik beleuchtet: ein Informationsdefizit, die Vielfalt mehr oder weniger fortgeschrittener Projekte, zahlreiche teils gegensätzliche Erwartungen sowie das stark unterschiedliche Interesse der Kantone. Der Bericht erläuterte die Vorteile einer Gesundheitskarte unter anderem für die Patient/innen, die mit einer solchen Karte stets über ihr persönliches Gesundheitsdossier verfügen könnten. Er ging auch auf die Schwierigkeiten der Umsetzung eines solchen Projektes ein und insbesondere auf die dazu notwendige Harmonisierung der nationalen und kantonalen Gesetzgebungen. Der Bericht betonte abschliessend die Notwendigkeit einer nationalen Konsenstagung, um die Information über die laufenden Projekte zu fördern, die gegenseitige Abstimmung und Koordinierung der Projekte zu erleichtern

und das Interesse der wichtigsten Partner abzuklären.

Die zweite Studie über die Evaluierung der Chancen und Risiken der Einführung computerbasierter Patientendossiers hat die Debatte neu belebt. Dieser Bericht, der unter anderem die unerwartet rasche Ausbreitung des Internets und den damit möglichen erleichterten Zugriff auf die Gesundheitsdossiers hervorhebt, betont auch die Notwendigkeit, dem Datenschutz mehr Beachtung zu schenken. Die Interpellation von Nationalrätin Doris Stump zu den Informationstechnologien im Bereich der Gesundheit hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) bewogen, am 30. August eine Abgleichtagung durchzuführen.

Die Entwicklung der Rolle des Bundes und die Harmonisierung der Durchführungsregeln

Um die Kompetenzen des Bundesstaates im schweizerischen Ge-

sundheitswesen wurde schon oft hart gerungen, doch die historisch gewachsenen, widersprüchlichen und komplexen Abläufe lassen sich nur schwer auflösen. Hinzu kommt der steigende Druck, den die Entwicklung der Informationstechnologien erzeugt. Es seien hier nur einige Beispiele bestehender Widersprüche genannt:

- Während die Gesundheit weitgehend in der Kompetenz der Kantone bleibt, werden interkantonale Spitäler geschaffen, deren Verwaltung durch die Unterschiede in den jeweiligen Gesetzgebungen sowie in der Organisation der Gesundheitssysteme erschwert wird.
- Der Konzentrationsprozess im Bereich der Krankenversicherungen hat sich deutlich beschleunigt (innerhalb von zwei Jahrzehnten ist die Zahl der Versicherer von über 400 auf rund 100 zurückgegangen) und er orientiert sich immer weniger nach kantonalen Grenzen; trotzdem liegt es nach wie vor an den Kantonen, die Verträge im Sinn des KVG zu genehmigen.
- Die Debatten im Parlament über die notwendigen Reformen des KVG lassen einen Trend zu einer stärkeren Angleichung der Ausführungsregeln auf nationaler Ebene erkennen, wie beispielsweise in der Frage einer monistischen Finanzierung,⁵ die zu einer Schwächung der Rolle der Kantone führen wird.
- Die zur Verwaltung des Gesundheitssystems notwendigen Daten beruhen immer mehr auf der Statistikgesetzgebung des Bundes, die nach und nach an Stelle der unterschiedlichen kantonalen Lösungen tritt.

Die Entwicklung des KVG und der entsprechenden Revisionen in Richtung eines durch Marktmechanismen gesteuerten Gesundheitssystems (Bedürfnisorientierung, Konkurrenz, Kontraktualisierung) setzt auf nationaler Ebene einheitliche

Umsetzungsregeln voraus (Berechnungsmethoden, Anrechenbarkeit der Kosten, Finanzierungsschlüssel usw.), die nur ein Bundesstaat durchsetzen kann.

In Europa liegt der Anteil der Verwaltungskosten an den Gesundheitsausgaben tiefer als in den Vereinigten Staaten, was die amerikanischen Experten mit der grösseren Bedeutung des Staates in den europäischen Gesundheitssystemen und der daraus folgenden grösseren Harmonisierung der Systeme erklären. Es sei auch daran erinnert, dass diese Rolle einen Mehrwert bewirken kann (s. Kasten).

Den Zugang erleichtern statt Daten sammeln: ein Paradigmenwechsel

Noch vor wenigen Jahren benutzen oder planen die meisten Projekte Karten als Speicher von Informationen (teils medizinischer Art). Da das Ziel vor allem im Speichern möglichst vieler Daten bestand, konzentrierte sich das Interesse auf die Speicherkapazitäten der verschiedenen auf dem Markt erhältlichen Kartenformate. Das erklärt auch, weshalb der Suche nach Lösungen für die regelmässige Aktualisierung der gespeicherten Daten Priorität eingeräumt wurde.

Die rasante Entwicklung des Internets hat dieses Konzept grundlegend in Frage gestellt. Der nahezu sofortige Zugang zu Daten, die auf nahe gelegenen oder entfernten Speichersystemen gesammelt werden, hat zu neuen Prioritäten geführt: Es geht nunmehr darum, die *Identifizierungs- und Zugangsschlüsselfunktion* der Karte zu verwenden, um auf verschiedensten

Speichern (von Labors, Röntgeninstituten, Arztpraxen, Spitälern usw.) die Daten des Karteninhabers zu konsultieren. Daraus erfolgt eine Umkehrung der Problematik: Es geht nicht mehr um Entscheide über den Inhalt der Karte – die neu der Identifizierung und der Verwaltung der Zugangsrechte dient –, sondern um die Festlegung von Zugangsnormen sowie die Sicherstellung der technischen Kompatibilität. Diese Kompatibilität unter den Systemen, die von den Spezialisten mit dem neuen Begriff der *Interoperabilität* bezeichnet wird, soll dem Karteninhaber den Zugang zu allen persönlichen Dossiers technisch garantieren, dies bei selbstverständlich klar geregelten Zugangsbestimmungen.

Aufgrund der Entwicklung des Internets und der Kommunikationstechnologien ist die wissenschaftliche Gemeinschaft heute der Auffassung, dass es einfacher, sicherer und wirkungsvoller ist, eine Konzentration aller eines Patienten bzw. Versicherten betreffenden Informationen auf der individuellen Karte zu vermeiden.⁶ Einfacher ist es, weil der Zugang zu den Informationen unabhängig vom Speicherort unmittelbar möglich ist, sicherer, weil die Daten in den Computern des Gesundheitssystems professionell verwaltet werden, und wirkungsvoller, weil die Verantwortlichen für die jeweiligen Speichermedien ein Interesse an möglichst aktuellen Informationen haben.

Die Teilnehmenden der Tagung vom 30. August haben diesen Paradigmenwechsel denn auch betont. Auch von den Expertinnen und Experten des Schweizerischen Wissenschaftsrates wird diese Entwicklung begrüsst, da damit die Risiken einer Karte mit medizinischen Daten vermieden werden.⁷

Auf der Karte sichtbare Daten

Diese Neuerungen haben allerdings nicht unbedingt zur Folge,

dass auf der Karte nicht auch andere Informationen als die reinen Identifizierungsdaten enthalten sein können: Warum nicht weiterhin die Blutgruppe, den Rhesusfaktor, Notfalladressen oder Allergien angeben, wenn dies der Karteninhaber als wichtig erachtet. Hier liegt denn auch die neueste Errungenschaft zugunsten der Patient/innen/Konsument/innen, die neu entscheiden können, was neben den Identifizierungsdaten auf ihrer Karte aufgeführt werden soll.

Dieses *Empowerment* der Patient/innen kann insofern erweitert werden, als ihnen ermöglicht wird, die Zugangsrechte für die jeweiligen Leistungserbringer festzulegen. Dieser Wahl muss ein klarer und in Kenntnis der möglichen Folgen geäussertes Wille des Karteninhabers vorangehen, damit dessen Eigenverantwortung tatsächlich wie erwünscht gefördert wird. Eine interessante Lösung wird zurzeit in Holland geprüft: eine Liste für jeden Patienten. Diese Liste beinhaltet individuelle Zugangsrechte für jeden Leistungserbringer und wird vom Karteninhaber zusammengestellt und anschliessend zur Validierung unterzeichnet.

Das richtige Ziel setzen und die richtige Debatte führen: Die Technologie ist nur ein Mittel zum Zweck

In der laufenden Diskussion besteht die Gefahr, Mittel und Zweck zu verwechseln: Die Debatte sollte nicht primär über die richtige oder falsche Technologie geführt werden, da es hier nur um ein Hilfsmittel geht, sondern vielmehr um die Chancen und Risiken für die Versicherten, Patient/innen und damit über das Ziel, das mit der Einführung einer Karte erreicht werden kann. Kuhn und Guise beschreiben diesen Aspekt folgendermassen: *«Alle haben inzwischen verstanden, dass es um die Daten und nicht um*

4 Anne Eckhardt: «Computerbasierte Patientendossiers – Chancen und Risiken»; in Technology Assessment, TA 36/2000.

5 Siehe den Artikel von D. Zahnd in CHSS 4/2001 S. 218 sowie S. 306 in diesem Heft.

6 KA Kuhn, DA Guise; op. cit.

7 Anne Eckhardt; op. cit.; Seite 121.

die Systeme geht. Zudem stehen die Menschen im Mittelpunkt und nicht die Technologie, denn die Technologie hat die Abläufe zu erleichtern und nicht zu steuern.»⁸

Eine Agenda für die Zukunft

Aus den Expertenberichten, den Diskussionen mit den Teilnehmenden sowie den Empfehlungen des im Hinblick auf die Tagung einberufenen Konsultativkomitees geht hervor, dass die Bundesbehörden die verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten, die Chancen für die Versicherten und Patient/innen sowie die positiven und negativen Aspekte einer koordinierten Aktion evaluieren sollten, um sich dann mit der

Zivilgesellschaft damit auseinander zu setzen.

Für jeden Aspekt dieses noch unvollständigen Inventars muss die Behörde bestimmen, was zwingendes Recht unter der Verantwortlichkeit der Behörde sein soll und was dem privaten Sektor zu überlassen ist. Sie kann auch einen Weg der Mitte einschlagen und Situationen bezeichnen, wo ihre begrenzte Rolle darin besteht, mit Delegationsmechanismen oder anderen Anerkennungsformen ausreichende Voraussetzungen für den Schutz der Grundrechte zu schaffen.

Nach Erörterung der Problematik und der vorliegenden Anwendungen hat die Behörde die weiteren Entwicklungen zu koordinieren, gegebenenfalls die bestehenden Lö-

sungen zu koordinieren und ergänzende Forschungsarbeiten zu fördern, wenn nötig mit Unterstützung ihrer spezialisierten Institutionen.

Die Internet-Seite der Tagung – www.hospvd.ch/public/ise/de/chipkarte – enthält die verschiedenen Expertenberichte sowie die Folien und die Szenarien, die im Rahmen der Diskussion verwendet wurden.

⁸ KA Kuhn, DA Guise: «From Hospital Information Systems to Health Information Systems – Problems, Challenges, Perspectives»; in Yearbook of Medical Informatics 2001. Übersetzung von: «It is now understood that data, not systems, is what counts. Moreover, the critical issue is people, not technology, and technology is the enabler, not the driver.»