

BDH-Kreisverband Lahn-Dill-Eder
Zum Schwarzen Mann 1
35085 Ebsdorfergrund



Bundesministerium für Gesundheit

Rochusstraße 1

53123 Bonn

ausschließlich per e-mail: pdsg@bmg.bund.de

Stellungnahme zum

**Entwurf eines Gesetzes zum Schutz elektronischer Patientendaten in der
Telematikinfrastruktur**

(Patientendaten-Schutzgesetz - PDSG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der BDH-Kreisverband Lahn-Dill-Eder nimmt zum o.g. Referentenentwurf des PDSG wie folgt Stellung.

Zunächst begrüßen wir die Absicht der Einführung einer digitalen Patientenakte (EPA). Jedoch erscheint uns der angegebene Realisierungszeitraum für viel zu gering bemessen. Im Vergleich zum digital wesentlich besser erschlossenen Dänemark hat dort die Einführung der digitalen zentralen Patientenakte („sundhek.de“) mehr als 10 Jahre gedauert. Eine Kompression dieses Zeitraums auf rund zwei Jahre bei noch komplexerem Zuschnitt der EPA, Verteilung auf Karte und in Datenhaltung sowie Mitwirkung von wesentlich mehr Akteuren halten wir für Deutschland für unrealistisch. Bereits bei der Ausgabe der elektronischen Heilberufsausweisen (Arzttausweis) sind eklatante Panne vorgekommen. Solche Missstände DÜRFEN bei den wesentlich sensibleren Gesundheitsdaten der Patienten nicht vorkommen. Es muss also Qualität der Datensicherheit VOR Schnelligkeit gehen.

Die Aufgabe der Datenhaltung und Datenweitergabe sollte bei diesen höchst sensiblen Gesundheitsdaten in sicherer staatlicher Hand liegen.

Zu: Haushaltsangaben

Sie schätzen die jährlichen Kosten für die Erstellung einer Richtlinie mit Maßnahmen zum Schutz von Sozialdaten von einem Experten mit 1000€ ein. Diese Kosten werden weit höher liegen, denn dieser Betrag entspricht nicht einmal einem Manntag.

Die Nutzung der EPA sollte nicht bei 20% der Versicherten liegen, sondern wesentlich höher.

Dies zeigt das Beispiel Dänemark, unter der Voraussetzung, dass eine einheitliche EPA eingeführt wird.

Die Nutzung der EPA in den Krankenhäusern erscheint zu hoch gegriffen, da die Krankenhäuser selbst vielfach eine EPA innerhalb ihres Krankenhausinformationssystems einsetzen. Hier wird lediglich das Einscannen der noch in Papierform vorliegenden Vorbefunde gespart, genauso wie der Versand des heute noch papiernen Entlassbriefes.

Der Zuschlag für die EPA soll von den Vertragspartnern Krankenkasse und Krankenhaus vereinbart werden. Dies wird vermeidbare Verhandlungskosten verursachen, die durch eine Festlegung durch das BMG erspart werden könnten und die es evtl. schon haben wird, wenn sich die Vertragspartner nicht einigen können.

Zu § 291b:

Jede Krankenkasse kann einen eigenen Dienst zur Verfügung stellen. Bei derzeit rund 130 Krankenkassen wären dies 130 verschiedene Dienste. Durch diese Regelung wird das System extrem unübersichtlich und aufwendig. Man sollte sich am dänischen Beispiel orientieren und ein System entwickeln, das alle Anwender nutzen.

Eine Kürzung der Vergütung als Strafe für die Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur ist abzulehnen.

Zu § 291c:

Aufgrund der verschiedenen Karten der Krankenkassen müssen erhebliche Aufwände für die Sperrung, Löschung usw. getrieben werden. Wenn eine einheitliche Karte genutzt würde, würde dieser ganze Aufwand entfallen. Auch hier sollte sich am Beispiel Dänemarks orientiert werden. Durch die Datenhaltung bei der einzelnen Krankenkasse ergibt sich auch das Erfordernis der Löschung bei Krankenkassenwechsel. Wir plädieren für eine krankenkassenübergreifende Lösung, damit dieser Aufwand nicht betrieben werden muss. Die so ersparten Finanzen sollten in den Aufbau eines einheitlichen Dienstes unter Aufsicht einer staatlichen Stelle gehen. Dies könnte das Bundesamt für Informationstechnik sein, da hier die entsprechende IT-Kompetenz vorhanden ist.

Zu § 305 Abs. 1:

Mit dieser Regelung ist es den Krankenkassen möglich, die sensiblen Gesundheitsdaten durch Dritte verarbeiten zu lassen. Lücken bei der Auftragdatenverarbeitung sind nicht auszuschließen, daher lehnen wir dies ab.

Zu § 306 Abs. 1 Ziffer 2b):

An die Möglichkeiten der Forschung mit den Gesundheitsdaten sind besonders hohe Anforderungen zu stellen. Die gewählte Formulierung lässt zuviel Spielraum auch für Forschung z.B. für Versicherungen, Arbeitgeberverbände usw. Eine Pseudonimisierung ist nicht ausreichend.

Zu § 306 Abs. 3:

Die Datenhaltung muss ganz klar in Deutschland liegen!

Zu § 307:

Es wäre wirtschaftlich und datenschutzrechtlich sinnvoller, ausschließlich einen Zugangsdienst zu nutzen.

Zu § 309 Abs. 1:

Die Einbeziehung der Implementierungskosten für die Entscheidung, ob Datenschutz gewährt wird oder nicht, ist inakzeptabel. Selbst Aufzüge müssen stets nach dem Stand der Technik eingerichtet sein, unabhängig von Kosten. Hier geht Menschenrecht vor Kosten. Dies muss auch der Fall bei der EPA sein!

Zu § 309 Abs. 1 Nr. 3:

Es wird stets die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten gefordert, an den sich auch die Patienten direkt wenden können, wenn sie Hinweise darauf haben, dass ihre Daten nicht ausreichend geschützt behandelt werden.

Zu § 311 Abs. 2 Nr. 1:

Die Erstellung der Telematikinfrastruktur und die Einführung und der Betrieb der EPA sollte in staatlicher Hand liegen, um größtmögliche Sicherheit zu gewährleisten. Nur dann ist die 51§-ige Beteiligung des BMG zu rechtfertigen.

Zu § 311 Abs. 1 Nr. 7:

Ein Recht auf diskriminierungsfreie Nutzung der Gesundheitsdaten wird abgelehnt. Es muss sichergestellt werden, dass die Daten nur zugunsten der dem Gemeinwohl dienenden Forschung genutzt werden können. Forschung zum Zwecke der Gewinnerzielung wird abgelehnt.

Zu § 311 Abs. 5:

Die Beauftragung von Dritten für Teilaufgaben der Gesellschaft für Telematik muss äußerst sparsam und transparent gehandhabt werden. Die beabsichtigte Vergabe von Aufgaben an Dritte muss veröffentlicht werden.

Zu § 314:

Die Informationspflicht wird ausdrücklich begrüßt, jedoch ist sie durch Papiermedien zu flankieren, da viele Patienten in Deutschland keinen Internetzugang haben und/oder nicht ausreichend sprachverständlich sind.

Es ist zu ergänzen, welche Forschungen welchen Daten unterstützt werden.

Zu § 317 Abs. 1 Nr. 3:

Die Vertretung der Industrie im Beirat wird abgelehnt.

Zu § 323 Abs. 2:

Es wird der staatliche Betrieb aus Sicherheitsgründen gefordert. Gleiches gilt auch für die Dienste. Darüber hinaus ist unklar, was mit „Komponenten“ gemeint ist. Sollte es sich hierbei ausschließlich um Hardware handeln, dann kann die Zulassung entfallen.

Das Bundesamt für Sicherheit und Informationstechnik sollte für die Zulassung der Komponenten und Dienst zuständig sein, damit keine teuren Doppelstrukturen aufgebaut werden und auf die erforderliche Kompetenz zurückgegriffen werden kann.

Zu § 327:

Dieser gesamt komplizierte Komplex kann entfallen, wenn die staatliche Stelle die Leistungen anbietet.

Zu § 328:

Die Überprüfung verursacht bei den Anbietern Kosten, die wiederum in deren Preise eingerechnet werden und letztlich die Versichertengemeinschaft bezahlen muss. Die EPA wird

damit zu einem Konjunkturprogramm für die – internationale? - IT-Wirtschaft.

Zu § 329 Abs. 2:

Störfälle sollen von Anbietern gemeldet werden, aber hier zeigen die Erfahrungen aus dem Betrieb von Atomkraftwerken, dass dies nicht immer der Fall ist. Daher sind unangekündigte Überprüfungen durch das Bundesamt für Sicherheit und Informationstechnik notwendig.

Zu § 330 Abs. 2:

siehe Anmerkung zu § 329 Abs. 2

Die jetzige Regelung ist ein Konjunkturprogramm für die Zertifizierungsindustrie.

Zu § 331 Abs. 1:

Diese Regelung wird abgelehnt. Es ist ein geschlossenes System zu etablieren, das ausschließlich den Patienten, Heil- und Hilfsberufen zugänglich ist. Die Herstellung von Möglichkeiten zur Vernetzung mit z.B. Google-Gesundheits-Apps ist nicht Aufgabe der Versichertengemeinschaft und daher auch nicht durch sie zu finanzieren.

Zu § 333:

Das Bundesamt für Sicherheit und Informationstechnik sollte alle erforderlichen Überprüfungen durchführen. Hier ist die Kompetenz vorhanden, ggf. ist dieses Personal aufzustocken.

Zu 336 Abs. 1:

Die Einschränkung für Versicherte ist nicht nachvollziehbar und daher abzulehnen. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung wird damit ungerechtfertigt eingeschränkt. Die im Weiteren ausgedrückte paternalistische Haltung ist abzulehnen.

Zu § 341:

Ein Antrag auf Einsicht in die eigene(!) EPA ist abzulehnen. Eine kurze Willenserklärung des Versicherten dazu muss ausreichen.

Zu § 345:

Die möglichen Sicherheitslücken für die Bereitstellung von Daten durch die Krankenkassen für „Gimmiks“ sind zu hoch, da diese zusätzlichen Anwendungen nicht überprüft werden.

Zu § 346 Abs. 5:

Bei Krankenkassenwechsel bleibt der Arzt für den Erstbefüllungsaufwand ohne Entgelt. Dies ist sicher nicht zumutbar, daher ist eine einheitliche EPA wesentlich wirtschaftlicher.

Zu § 352:

Die Zugriffsberechtigten dürfen nach dem derzeitigen Entwurf auf ALLE Daten der EPA zugreifen. Dies ist vielfach nicht notwendig und verstößt damit gegen die Regel der Datensparsamkeit. Ein Beispiel soll dies skizzieren: Psychiatrische /psychologische Therapieberichte haben meist kaum etwas mit der Behandlung z.B. einer Hauterkrankung zu tun und sollten daher einer besonderen Zugriffsbeschränkung unterliegen.

Zu 352 Nr. 17:

Die Arbeitsmediziner dürfen auf ALLE Daten in der EPA zugreifen. Dies ist nicht notwendig und auszuschließen.

Zu § 355:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist mit der Erstellung der Struktur der EPA betraut. Die Patientenvertreter sollten hierzu ebenfalls Mitspracherechte haben.

Zu § 358:

Notfalldaten sollen sich direkt auf der elektronischen Karte befinden, sie können also direkt und ohne Internetverbindung zur EPA genutzt werden. Was passiert mit der Karte, wenn der Patient die Krankenkasse gewechselt hat und daher zwei Karten besitzt und sich die Notfalldaten zwischenzeitlich verändert haben? Es ist den im Notfall helfenden Personen nicht zuzumuten, zu prüfen, welche Datensätze korrekt sind. Es spricht alles alles für eine einheitliche Karte, die unabhängig von der Krankenkasse ausgegeben wird. Besser wäre es, wenn die Karte lediglich den „Schlüssel“ für den Zugriff auf die EPA darstellen würde. Leider ist der Zugriff aufgrund der schlechten Netzausleuchtung in Deutschland längst nicht überall gegeben. Lt. der Zeitschrift PC-Welt liegt Deutschland hier auf dem 32. Platz, nach Albanien. Die Netzabdeckung liegt bei 65,7% (Platz 1: Niederlande mit 89,6%) und die Downloadgeschwindigkeit bei 22,7 Mbps (Niederlande: 42,1 Mbps).

Zu § 370 Abs. 1:

Der Zeitraum für den Entscheidungsvorschlag der Schlichtungsstelle ist aufgrund der komplexen Materie viel zu kurz. Auch hier muss Qualität vor Schnelligkeit gehen. Ein Zeitraum von 3 Monaten erscheint angemessen.

Zu § 371:

Eine wirtschaftlicher Variante wäre die Vergabe einer einheitlichen Karte ohne Bezug zu einer bestimmten Krankenkasse.

Zu § 373 Abs. 4:

Der angegebene Zeitpunkt ist viel zu kurz gegriffen. Es werden damit viele Krankenhäuser ihr eingesetztes Krankenhausinformationssystem verändern oder austauschen müssen. Die IT-Wirtschaft in Deutschland ist nicht in der Lage, in der kurzen Zeit die geforderten KIS zu implementieren. Die damit für die Krankenhäuser verbundenen horrenden Investitionen sind nicht tragbar.

Mit freundlichen Grüßen



Luitgard Lemmer
1. Vorsitzende BDH-KV Lahn-Dill-Eder
Zum Schwarzen Mann 1
35085 Ebsdorfergrund
Info@bdh-lahn-dill-eder.de