

Prof. Dr. Peter Haas
Im Breil 3
59192 Bergkamen
Tel.: 02307 299815
peter.haas@prof-haas.de
www.prof-haas.de

Abs.: Prof. Dr. P. Haas, Im Breil 3, 59192 Bergkamen

**Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Die Vorsitzende, Frau Dr. Martina Bunge
Platz der Republik 1**

11011 Berlin

Stellungnahme zur elektronischen Gesundheitskarte anlässlich der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses am 25. Mai 2009, 13.00 - 15.00 Uhr

Bezug: Anträge der Fraktionen

FDP: Moratorium für die elektronische Gesundheitskarte (BT-Drs. 16/11245)

und

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gewährleisten (BT-Drs. 16/12289)

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

in der gebotenen Kürze nehme ich zu den beiden Anträgen wie gewünscht Stellung:

Fraktionen FDP: Moratorium für die elektronische Gesundheitskarte (BT-Drs. 16/11245)

Zu Absatz 1:

Von einer übereilten Einführung kann bezogen auf das Projekt keine Rede sein. Die Gematik hat für die Einführung ein differenziertes Stufen- und Phasenkonzept erarbeitet und ist nun dabei, dieses umzusetzen.

Zu bemängeln ist hier jedoch, dass aufwändige Tests auf viele Regionen verteilt wurden und dort die Teilnehmerzahlen v.a. bezogen auf die Leistungserbringer jeweils limitiert waren, was die Aussagekraft aufgrund der geringen Anzahl einzelner Vorgänge je Leistungserbringer zu den zu testenden Anwendungen einschränkt.

Zu Absatz 2, einleitender Satz zur Spiegelstrichliste:

Von einem unzureichenden Konzept kann nicht die Rede sein. Gerade mit Blick auf die anderen europäischen Länder kann festgestellt werden, dass hinsichtlich der Sicherheits- und Datenschutzaspekte – aber auch mit Blick auf die Regelungen im Sozialgesetzbuch – eine nationale Gesundheitstelematikinfrastruktur definiert und umgesetzt wird, die einmalig und weltweit führend ist. Viele anderen Länder scheuen diesen Aufwand und sind dabei, einfachere Lösungen mit weit unter dem Niveau der mit dem deutschen Projekte avisierten Sicherheitsziele zu implementieren. Dabei ist der Einsatz von sogenannten Konnektoren, die Primärsysteme und Telematikplattform nur auf Basis definierter und zertifizierter Verfahren miteinander kommunizieren lassen, besonders hervorzuheben.

Zu bemängeln sind jedoch u. A.:

- Die Komplexität des Projektes wurde von Anfang an unterschätzt.

- Es wurde von Anfang an darauf gesetzt, dass die gematik als Organisation der Selbstverwaltung die Spezifikationen erarbeitet, alle Implementierungen - auch die dedizierter Komponenten - aber durch die Industrie erfolgen. Hier wird von der Industrie erwartet, dass sie quasi „dem Markt vorausseilend“ Produkte auf Basis unfertiger noch nicht finalisierter Spezifikationen entwickelt und für Tests zur Verfügung stellt. Dies ist insgesamt problematisch und hat inzwischen auch aufgrund der nun schon langen Projektlaufzeit dazu geführt, dass sich selbst große Unternehmen aus diesem Geschäftsfeld zurückziehen. Eine auftragsbezogene Einbindung von Zulieferern in der frühen Phase bei entsprechenden Regelungen der Rückerstattung der getätigten Auftragsvolumina nach Markeintritt wäre förderlicher gewesen. Auch wäre zu prüfen, ob nicht Komponenten wie der Konnektor als integraler Teil der Infrastruktur von der gematik entwickelt werden bzw. die Entwicklung im Auftrag der gematik erfolgen sollte.
- Es wurden zu Beginn vor allem Anwendungen in den Vordergrund gestellt (Versichertendatenabfrage, eRezept), die den Ärzten bzw. Leistungserbringern keinen Mehrwert bieten.
- Alle wirtschaftlich interessanten Anwendungen sind bereits im SGB definiert. Damit wird solange das Projekt anläuft – also seit 4 Jahren und Stand heute für eine unabsehbare Dauer – jede privatwirtschaftliche Innovation in diesen Anwendungsbereichen gehemmt.

Zu Spiegelstrich 1: „eine aktuelle Bewertung unter Einbeziehung der bisher gewonnenen Erkenntnisse ein positives Nutzen-Kosten-Verhältnis ergibt;“

Die bisher durchgeführten theoretischen Untersuchungen erfolgten vor allem mit Blick auf die abzuschließende Vereinbarung der Vertragspartner bezüglich der Investitions- und Betriebskostenfinanzierung und konnten der damit verbundenen politischen Belastung nicht Stand halten. Die Kosten-/Nutzen-Kalkulation einer nationalen Infrastrukturplattform, auf der eine Vielzahl von – auch bisher nicht existenten – Anwendungsszenarien betrieben werden kann, ist nur auf Basis von anwendungsbezogenen Feldversuchen möglich. Auch die Kalkulation von Folgeeffekten einer IT-gestützten koordinierten und prospektiv gesteuerten Versorgung (Vermeidung von Krankenhauseinweisungen, Verlangsamung/Stop der Pathodynamik und damit Einsparung von Folgekosten) ist ein komplexes wissenschaftliches Problem. Dementsprechend sollten zu den einzelnen Anwendungen (eVerordnung, Notfalldaten bzw. klinischer Basisdatensatz, EPA usw.) dedizierte wissenschaftliche Studien in Auftrag gegeben werden. Dies würde auch den Forschungsstandort Deutschland im Bereich eHealth stärken.

Zu Spiegelstrich 2: „weder Kostenträger noch staatliche Stellen, Industrieunternehmen oder andere „Dritte“ Zugriff auf die sensiblen Gesundheitsdaten haben“

Dies ist bereits – soweit die Nutzung nicht bereits gesetzlich oder durch Verordnungen (Beispiel DMP-Programme) erlaubt ist – bezogen auf den Einsatz der eGK und die Nutzung der im Zusammenhang mit den Anwendungen entstehenden Gesundheitsdaten im SGB geregelt, muss aber darüberhinaus durch geeignete technische Maßnahmen abgesichert werden. Hier sind vor allem kryptographische Verfahren sowie ergänzende Berechtigungskonzepte vorzusehen. Auch dies ist bereits in den gematik-Konzepten enthalten, wenngleich die bisherigen Rollendefinitionen rudimentär sind und weiter ausgearbeitet werden sollten.

Zu Spiegelstrich 3: „... Freiwilligkeit der Nutzung ...“

-> Freiwilligkeit für Patienten

Eine Freiwilligkeit der Nutzung entsprechender medizinischer gesundheitstelematischer Anwendungen durch die Patienten gebietet das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und ist auch – außer für das elektronische Rezept – im SGB bereits so vorgesehen. Hier sollte das Rezept so wie alle anderen medizinischen Anwendungen behandelt werden.

Andererseits ist unabdingbar, dass zur Freiwilligkeit auch die bewusste Entscheidung gehört und damit eine ausreichende und objektive Aufklärung der Versicherten bzw. Patienten über die einzelnen eGK-Anwendungen notwendig wird, die in der Regel nur ein Arzt des Vertrauens und vor dem Hintergrund der spezifischen Situation des Patienten leisten kann. Hierzu ist sowohl ein vorurteils-

freies und ausreichendes Wissen des Arztes über die Anwendungen notwendig, als auch die Regelung der Vergütung dieses zeitlich nicht unerheblichen Beratungsaufwandes. Beides wird erheblich zur Akzeptanz gesundheitstelematischer Anwendungen beitragen.

Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Granularität der Einwilligung. Sie sollte sich generell auf Anwendungen beziehen, nicht jedoch auf einzelne Informationen innerhalb der Anwendungen, da sonst die Verlässlichkeit bzw. die Vollständigkeit der Informationen der einzelnen Anwendungen für den Leistungserbringer nicht einschätzbar und damit ggf. zum Risiko wird.

-> Freiwilligkeit der Leistungserbringer:

Wie ein Patient, der freiwillig eine freiwillige Anwendung (Beispiel Notfalldaten) konsequent nutzen will, bei einer Freiwilligkeit der Leistungserbringer zu seinem aus Patientensicht vermeintlichen (SGB)Recht auf durchgehende Nutzung einer solchen Anwendung kommen kann, wenn der eine Arzt seiner Versorgungskette mitmacht, der nächste aber nicht usw. ist fraglich bzw. kann verneint werden.

Insofern erscheint mir eher richtig, dass den Patienten und Versicherten eine telematische Infrastruktur als verlässliche Leistung des Gesundheitssystems insgesamt zur Verfügung stehen muss. Sie soll ja gerade jenen Patienten zu Gute kommen, die einer koordinierten transparenten Versorgung besonders bedürfen. Vor diesem Hintergrund halte ich es als ethische Verpflichtung der Gesellschaft insgesamt, die moderne I&K-Technologie auch für die Verbesserung der Dokumentation und Organisation einrichtungübergreifender Behandlungsprozesse einzusetzen. Eine dauerhafte Freiwilligkeit der Leistungserbringer kann dem nicht gerecht werden.

-> „Zentrale Server“

Der Begriff des zentralen Servers wird hier unspezifisch und verallgemeinert verwendet. Es wird auch unterschwellig unterstellt, dass zentrale Server per se unsicherer sind, als z.B. mobile Datenträger wie z.B. Sticks. Die Praktikabilität und Sicherheit der Alternativen von Speichermedien für gesundheitstelematische Anwendungen sollte daher in definierten Feldversuchen wissenschaftlich begleitet evaluiert werden. Erste praktische Projekte deuten jedoch darauf hin, dass der Einsatz von mobilen Datenträgern, die der Patient bei sich trägt, nicht dem Versorgungsalltag gerecht werden, da viele wichtige Informationen und Dokumente erst dann anfallen, wenn der Patient nicht mehr in der Gesundheitseinrichtung anwesend ist. „Zentrale Server“ mit entsprechenden Sicherheitsmechanismen, die auch verteilt implementiert werden können, stellen daher nicht per se eine Gefahr für gesundheitstelematische Anwendungen dar.

Zu Spiegelstich 4: „bürokratischer Aufwand“

Die Nennung von konkreten Aspekten (Einlesen der Karte, Pin-Eingabe usw.) fokussiert zu isoliert nur auf diese und vernachlässigt, dass evtl. dafür an anderer Stelle zeitliche Einsparungen entstehen, die gegengerechnet werden müssen. Insofern kann lediglich davon gesprochen werden, dass der Gebrauch „in Summe für eine Versorgungseinrichtung“ keinen erhöhten bürokratischen Aufwand mit sich bringen darf. Dies hängt aber auch von der aufgabenangemessenen Realisierung bestimmter Funktionalitäten durch die Hersteller der Primärsysteme ab, so dass vor allem in dieser Hinsicht zu überprüfen wäre, ob nicht auch eine Zertifizierung der entsprechenden Funktionen in z.B. Arztpraxis- und Krankenhausinformationssystemen für eine erfolgreiche Einführung der eGK-Anwendungen notwendig ist.

Zu Spiegelstich 5: „eingehende Prüfung“

Hierzu siehe Ausführungen zu Spiegelstich vier, Unterpunkt „Zentrale Server“.

Zu Spiegelstich 6: „Überprüfung der technischen Konzepte“

Diese Einschätzung wird geteilt, der Verfasser hat bereits im Februar 2008 in seiner Funktion als Sprecher des Beirats der gematik eine solche Prüfung angeregt.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gewährleisten (BT-Drs. 16/12289)

Zu Punkt 1 und 2:

Siehe Ausführungen zum Thema Freiwilligkeit zu Anmerkungen des Antrags der FDP-Fraktion, dritter Spiegelstrich.

Eine Freiwilligkeit der Leistungserbringer wäre für die Akzeptanz der Karte bei den Patienten verheerend. Die Begründung zu Punkt 2 wird zu sehr aus Sicht der Leistungserbringer formuliert.

Alle anderen in diesem Antrag vorgeschlagenen Grundsätze bzw. Maßnahmen teile ich uneingeschränkt.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Peter Haas