

Dr. Thilo Weichert

Stellungnahme zum **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften** (BT-Drs. 17/1297)

insbesondere zur Frage der Einschaltung Privater bei Abrechnungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags am 19.05.2010, 14.00 bis 17.00

I. Kontext - Vorgeschichte

Der **Gesetzesentwurf der Bundesregierung** sieht in Artikel 13 vor, die Geltung der Übergangsregelung der 15. AMG-Novelle (BGBl. I S. 1990) zur Einbeziehung anderer Stellen (z.B. private Verrechnungsstellen und Rechenzentren) für die Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen bei der Notfallbehandlung im Krankenhaus (§ 120 Abs. 6 SGB V-neu) sowie der Leistungen im Rahmen von Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a SGB V (§ 295 Abs. 1b S. 5-8 SGB V-neu) um ein weiteres Jahr vom 01.07.2010 auf den 01.07.2011 zu verlängern. Die Änderungsanträge der Fraktion der SPD hierzu sehen vor, die Übergangsregelung vollständig zu streichen und unbefristet weiter gelten zu lassen.

Beide Vorschläge sind abzulehnen. Die folgende Begründung hierfür beschränkt sich auf die Behandlung der Einbeziehung privater Stellen durch die sog. "**hausarztzentrierte Versorgung**" (HzV) nach § 73b SGB V. Die Ausführungen lassen sich aber - mit gewissen Modifikationen - auf die weiteren Anwendungsfälle der vorgesehenen Regelung übertragen. Die HzV wird herausgegriffen, da insofern der Handlungsdruck besonders groß ist und die damit verbundene Datenverarbeitung qualitativ und quantitativ die sonstigen Anwendungsfälle weit übersteigt.

Nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 10.12.2008 (B 6 KA 37/07) bedarf es für die **Einbeziehung privater Unternehmen** in die Abrechnung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) V einer bereichsspezifischen Regelung. Am 24.04.2009 wurde diese Forderung erstmals durch das ULD als Datenschutzaufsichtsbehörde Schleswig-Holstein bekräftigt und unter Hinweis auf die vertraglichen Regelungen zur HzV in Baden-Württemberg und Bayern ausführlich begründet.

<https://www.datenschutzzentrum.de/presse/20090424-hausarztzentrierte-versorgung.html>

<https://www.datenschutzzentrum.de/medizin/gkv/hausarztzentrierte-versorgung.html>

<https://www.datenschutzzentrum.de/vortraege/20090424-gemeinschaften-in-vertraegen.html>

Mit der **15. AMG-Novelle** wurde die Kritik formal dadurch aufgegriffen, dass in § 295 Abs. 1b SGB V folgende Sätze angefügt wurden:

"Für die ärztlichen Leistungen, die im Rahmen von Verträgen nach Satz 1 erbracht und mit den Krankenkassen abgerechnet werden, darf eine andere Stelle mit der Verarbeitung und Nutzung der für die **Abrechnung dieser Leistungen erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragt** werden; § 291a bleibt unberührt. § 80 des Zehnten Buches ist anzuwenden; Auftraggeber und Auftragnehmer unterliegen der Aufsicht der nach § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes zuständigen Aufsichtsbehörde. Der Auftragnehmer darf diese Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen. Gehört der Auftragnehmer nicht zu den in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen, gilt diese Vorschrift für ihn entsprechend; er hat die technischen und organisatorischen Maßnahmen nach § 78a des Zehnten Buches zu treffen."

In der Zwischenzeit wurden bundesweit zwischen Krankenkassen und Hausarztverbänden der Länder Verhandlungen über den Abschluss von **Verträgen nach § 73b SGB V** aufgenommen. Teilweise sind die Verträge abgeschlossen. Einige Vertragsverhandlungen befinden sich in Schlichtungsverfahren. Die vom ULD vorgetragene Kritik wurde bisher weder bei den Vertragsschlüssen noch in den Schlichtungsverfahren inhaltlich berücksichtigt.

Dies veranlasste das ULD, sich mit einem **Schreiben an die Gesundheitsminister** des Landes Schleswig-Holstein und des Bundes, und wenig später an die Öffentlichkeit zu wenden.

<https://www.datenschutzzentrum.de/presse/20100304-hausarztzentrierte-versorgung-stoppen.htm>
<https://www.datenschutzzentrum.de/medizin/gkv/hausarztzentrierte-versorgung2.html>

Die **Konferenz der Datenschutzbeauftragten** des Bundes und der Länder fasste auf der Tagung am 17./18.03.2010 in Stuttgart folgende einstimmige Entschließung:

"Klare gesetzliche Regelungen zur Abrechnung durch private Stellen in der gesetzlichen Krankenversicherung

In seinem Urteil vom 10. Dezember 2008 hatte das Bundessozialgericht nach der damals bestehenden Rechtslage die Einschaltung privater Stellen bei der Abrechnung von ärztlichen Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen für unzulässig erklärt. Es betonte, dass bei der Einbeziehung von privaten Stellen ebenso detaillierte Regelungen über den Umfang der verarbeiteten Daten und über die erlaubten Datenflüsse vorliegen müssten, wie dies für die klassischen Abrechnungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen der Fall ist. Es sei nicht nachvollziehbar, dass gerade bei der Einbeziehung von Privaten an diese geringere Anforderungen gestellt würden als an die öffentlich-rechtlichen Körperschaften. Infolge des Urteils war die Einbeziehung der privaten Stellen nur noch für einen Übergangszeitraum erlaubt.

Um die Abrechnung von Leistungen durch private Rechenzentren nicht einstellen zu müssen, hat der Gesetzgeber hierfür durch das Arzneimittelrechtsänderungsgesetz vom 17. Juli 2009 vorläufige Rechtsgrundlagen in den §§ 120 Abs. 6 und 295 Abs. 1b SGB V geschaffen, die bis zum 30. Juni 2010 befristet sind. Die Bundesregierung beabsichtigt nunmehr, die Geltung dieser Übergangsregelungen, die den vom Bundessozialgericht formulierten Anforderungen an den Datenschutz nicht entsprechen, um ein weiteres Jahr zu verlängern.

Die Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder hält es für dringend geboten, unverzüglich materielle Vorgaben für die Einbeziehung privater Stellen bei der Abrechnung von ärztlichen Leistungen im Gesetz zu verankern. Dabei müssen präzise Regelungen geschaffen werden, die denselben Schutz der Sozialdaten garantieren, gleich ob die Daten unter Einschaltung privater oder öffentlich-rechtlicher Abrechnungsstellen verarbeitet werden. Die für die Abrechnung zu verwendenden Daten müssen wie bei den herkömmlichen Abrechnungsregelungen für die Patienten transparent verarbeitet und auf das absolut Erforderliche für den konkreten Zweck normativ begrenzt werden. Weiterhin müssen die Datenflüsse in einer Weise definiert werden, dass die Rechte der Versicherten so wenig wie möglich gefährdet werden. Eine Rechtsaufsicht über die Datenverarbeitung ist sicherzustellen. Es ist zu gewährleisten, dass Krankenkassen bei der Beauftragung privater Abrechnungsstellen nicht mehr Sozialdaten erhalten als bei der Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung.

Die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder fordern die Bundesregierung auf, unverzüglich inhaltliche Vorschläge für eine verfassungskonforme Regelung zu erarbeiten."

In der Folge dessen kam es zu Erörterungen zu dem Thema im Gesundheits- und Sozialausschuss des Landtags Schleswig-Holstein sowie zu Gesprächen des ULD mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) und dem Schleswig-Holsteinischen Hansärzteverband sowie mit einem in Schleswig-Holstein eingesetzten Schlichter. Diese Gespräche führten zu einer gewissen Abklärung der datenschutzrechtlichen Probleme, nicht jedoch dazu, dass diese einer Lösung zugeführt wurden bzw. werden konnten.

II. Einordnung des Sachverhaltes

Der Grundgedanke der im Sozialgesetzbuch (SGB) V im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geregelten "Hausarztzentrierten Versorgung" (HzV) ist positiv zu bewerten und bestechend: Dadurch, dass der **Hausarzt als Gesundheitslotse** für den Patienten agiert, sollen Doppelbehandlungen und Kommunikationsverluste vermieden und eine wirksamere und zugleich kostensparende Gesundheitsversorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gewährleistet werden. Der Patient und der Arzt sollen frei über eine Teilnahme entscheiden können. Um diesen Grundgedanken real umzusetzen, wurde im Jahr 2003 in § 73b SGB V eingeführt mit der Möglichkeit einer für die Hausärzte günstigen Vergütung als Anreiz zur Teilnahme. Die Refinanzierung der dadurch entstehenden Mehrkosten sollte durch die Effektivierung der Behandlung und damit erzielte Einspareffekte möglich werden.

Da von diesem gesetzlich vorgesehenen Instrument in der Praxis zunächst kein Gebrauch gemacht wurde, erhielten Hausarztverbände 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ein eigenständiges Verhandlungsmandat für die Umsetzung der HzV. Da auch dies nicht die beabsichtigte Wirkung hatte, wurde mit dem seit Januar 2009 in Kraft befindlichen Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV eine **rechtliche Vorrangstellung von sog. Gemeinschaften**, also von Hausarztverbänden, festgelegt. Danach werden diese Verbände, die ein Mandat für die Hälfte der zugelassenen (Haus-)Ärzeschaft nachweisen müssen, berechtigt, mit den einzelnen Krankenkassen "das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung", insbesondere die Versorgungssicherstellung sowie die Vergütung zu regeln.

Dies wird in der Praxis so verstanden, dass die Abrechnung nicht mehr über die öffentlich-rechtlich organisierten und durch das SGB regulierten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erfolgen soll, sondern über die **privatrechtlich organisierten Hausarztverbände** und deren Dienstleister.

III. Der Schutz des Sozial- und des Patientengeheimnisses

Im SGB V **bleib bisher ungeregelt**, wie die Abrechnung erfolgen soll, wie die Hausarztverbände und deren Dienstleister hierbei als personenbezogene Datenverarbeiter eingebunden werden dürfen und sollen, und wie in diesem Kontext die sensiblen Sozial- und Patientendaten geschützt werden.

Mit den Regelungen der 15. AMG-Novelle, die nunmehr fortgeschrieben werden sollen, wird das für die ärztliche Datenverarbeitung geltende **Patientengeheimnis** (§ 203 Abs. 1 StGB; Ärztliche Berufsordnungen) ausgehebelt. Mit dem Postulat der analogen Anwendung des im SGB geltenden Sozialgeheimnisses wird materiell nicht mehr normiert, als dass die medizinischen Abrechnungsdaten nicht mit sonstigen verarbeiteten personenbezogenen Daten der jeweiligen Stellen vermischt werden dürfen. Offensichtlich nicht geregelt werden sollte, dass die für die KVen geltenden Regelungen nun analog auf die Hausarztverbände und deren Dienstleister angewendet werden.

Die vorläufig bis zum 01.07.2010 geltende Regelung hat zur Folge, dass Hausarztverbände und deren frei bestimmbaren Dienstleister die sensiblen medizinischen Abrechnungsdaten umfassend verarbeiten. Einzige Grenze ist, dass die **Daten "erforderlich"** sind. Die Erforderlichkeit wird nicht durch das SGB festgelegt, sondern - so zumindest die Praxis - durch die HzV-Verträge sowie in deren Umsetzung durch die Konkretisierung der Datenfelder und die entsprechende Programmierung der informationstechnischen Schnittstelle zwischen den Abrechnungssystemen der Hausarztverbände und der Arztpraxissoftware.

Anders als die KVen (§ 78 Abs. 1 SGB V) unterliegen die Hausarztverbände und deren Dienstleister **keiner Aufsicht**. Eine Aufsicht über die Vertragsgestaltung - nicht die Durchführung der Verträge durch die Hausarztverbände - kann allenfalls über die Rechtsaufsicht gegenüber die Krankenkassen (§ 87 SGB IV) ausgeübt werden (vgl. aber die Einschränkung nach § 71 Abs. 5 SGB V). Für die Datenschutzkontrolle gelten die allgemeinen Regelungen des BDSG (§ 38 BDSG), ebenso für die Sanktionierung von Datenschutzverstößen (§§ 43, 44 BDSG).

Die Daten unterliegen **keinem besonderen Schutz**, z.B. im Rahmen von behördlichen, gerichtlichen oder strafprozessualen Verfahren (§§ 67e SGB V ff.). Mit dem Postulat der analogen Anwendung des § 35

SGB I sollten offensichtlich nicht sämtliche Datenverarbeitungsvorschriften der SGB V und SGB X anwendbar sein. Es muss davon ausgegangen werden, dass sich der Gesetzgeber selbst bei der Interimsregelung keine Gedanken darüber gemacht hat, was tatsächlich gelten soll; diese Regelung hat offensichtlich ausschließlich die Funktion, eine bisher rechtswidrige Datenverarbeitung für zulässig zu erklären. Die Gesetzesbegründung hierzu lässt jedenfalls keinen anderen Schluss zu (BT-Drs. 16/13428 S. 143).

In diesem Kontext muss darauf hingewiesen werden, dass es sich bei der Datenverarbeitung im Rahmen der HzV nicht um die Abwicklung eines privaten Behandlungsvertrages handelt, sondern eine Abrechnung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, also um eine **hoheitliche Datenverarbeitung**. Die sich hieraus ergebende besondere staatliche Gewährleistungspflicht kann nicht dadurch kompensiert werden, dass von den betroffenen Patientinnen und Patienten einmalig eine Einwilligung abgegeben wird. Diese Einwilligung konkretisiert weder die verarbeitende Stelle noch die tatsächlich verarbeiteten Daten; sie enthält keine Aussage darüber, dass ein Datenschutzniveau unterhalb dessen des SGB und des Sozialgeheimnisses zugelassen sein soll.

Diese normative Absenkung des Datenschutzniveaus wie auch die praktizierte bzw. die geplante HzV-Datenverarbeitung durch die Hausarztverbände und deren Dienstleister verletzen unverhältnismäßig das **Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung** nach Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG. Die Regelung des § 73c SGB V verstößt auch nach Einfügung des neuen § 295 Abs. 1b SGB V weiterhin gegen die Bestimmtheitsanforderungen bei den informationsrechtlichen Eingriffen und die staatliche Gewährleistungspflicht bei der Verarbeitung der sensiblen medizinischen Daten. Daher ist die Regelung wie die vorgesehene Praxis weiterhin verfassungswidrig.

<https://www.datenschutzzentrum.de/vortraege/20090424-gemeinschaften-in-vertraegen.html>

IV. Die Krankenkassen erhalten bei Durchführung der HzV mehr Daten als gesetzlich erlaubt

Die Festlegung der für die HzV-Abrechnung erforderlichen Datenfelder erfolgt nicht nach den gesetzlichen Vorgaben, sondern auf der **Basis der Verträge** zwischen den Hausarztverbänden und den Krankenkassen. Zielsetzung der HzV mag es gewesen sein, mit weniger Abrechnungsdaten auszukommen. Tatsächlich wird aber nicht nur bei der Art der Abrechnung und Vergütung, sondern auch bei der hierfür genutzten Datenbasis vom gesetzlich vorgesehenen Rahmen abgewichen.

Im **Interesse der Kostenersparnis** bei der HzV-Behandlung werden weitere Daten erfasst, die zur Grundlage einer Optimierung z.B. der Heilmittelkosten, aber auch der Behandlung generell für erforderlich angesehen werden. Die Festlegung der notwendigen Datenarten erfolgt durch die Vereinbarung zwischen Krankenkasse und Hausarztverband. Die Präzisierung dieser allgemeinen Festlegungen erfolgt durch Spezifikationen, die technisch in das jeweilige Softwaremodul aufgenommen werden, welches die behandelnden Ärzte auf ihrem Praxiscomputer aufspielen müssen.

Dieses Modul erfasst automatisch die für notwendig deklarierten Daten aus dem Arztpraxissystem und übermittelt diese über den Hausarztverband und dessen Dienstleister an die Krankenkassen. Der Arzt hat hierüber keine Bestimmungsmöglichkeit. Die **Softwaremodule** werden als Betriebs- und Geschäftsgeheimnis zwischen den Kassen und dem Hausarztverbandsbereich behandelt. Dadurch wird der Arzt faktisch zur Aufgabe des für ihn geltenden strafrechtlich bewehrten Patientengeheimnisses (§ 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB) veranlasst. Durch die Vorgaben des Systems wird dem Arzt mitgeteilt, welche Leistungen gemäß dem HzV-Vertrag erbracht werden dürfen und welche nicht. Ob diese Anforderungen eingehalten werden, ist Gegenstand der automatisierten elektronischen Überprüfung auf der Basis der automatisch über den Hausarztverbandsbereich an die Krankenkassen übermittelten Daten.

Nach § 284 SGB V sind die Sozialdaten, die von Krankenkassen verarbeitet werden dürfen, gesetzlich präzise festgelegt. Dadurch, dass die **Abrechnungsgrundlage nicht mehr per Gesetz**, sondern per HzV-Vertrag definiert wird, kann dieser Bereich stark ausgeweitet werden. Damit können sich die Krankenkassen selbst vertraglich die Übermittlung von sensiblen medizinischen Daten zugestehen, die ihnen bei einer gesetzlich geregelten Abrechnung über die KV nicht zustehen würden. Dies ist nicht nur eine theoretische Möglichkeit, sondern praktische Erfahrung. So werden in den aktuell betriebenen

Lösungen in Bayern und Baden-Württemberg über die nach §284 SGB V zulässigen Sozialdaten hinaus beliebige (und für die Abrechnung völlig irrelevante) medizinische Informationen (z.B. heikle Sozialanamnesen, Laborwerte, Untersuchungsbefunde) zusätzlich übertragen, da alle vom Arzt ausgestellten Überweisungen mit komplettem medizinischen Inhalt automatisch an die privaten Dienstleister übermittelt und dort langfristig gespeichert werden. Auch in anderen Bereichen neigen die Krankenkassen dazu, z.B. über Einwilligungen an medizinische Daten zu gelangen, die ihnen auf gesetzlicher Basis nicht zustehen.

Zu diesen Feststellungen erklärte **Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** Stefan Kapferer mit Schreiben vom 26.03.2010 gegenüber dem ULD: „In § 295 Abs. 1b i.V.m. Abs. 1 SGB V ist ... vorgegeben, welche Daten den Krankenkassen im Rahmen der Hausarztverträge zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen zu übermitteln sind. Die gesetzliche Übermittlungsbefugnis erstreckt sich somit auf die in Absatz 1 aufgezählten Angaben. Die Einhaltung dieser Vorgaben ist von den zuständigen Aufsichtsbehörden zu überprüfen. Eventuelle Überschreitungen sind angesichts klarer gesetzlicher Regelungen nicht dem Gesetzgeber anzulasten.“

Wie oben dargestellt, ist diese Sichtweise des BMG nicht zwingend. Sie wurde bisher **in der Praxis nicht beachtet**. Im Gespräch des ULD mit der HÄVG am 21.04.2010 wurde signalisiert, dass die Regelung so von den Hausärzteverbänden nicht verstanden werde. Anlässlich einer Sitzung des „Düsseldorfer Kreises“, dem Zusammenschluss der deutschen Datenschutzaufsichtsbehörden nach § 38 BDSG, am 29.04.2010 in Hannover wurde vom ULD auf die Datenschutzproblematik hingewiesen, ohne dass die Notwendigkeit und Möglichkeit einer vertieften Datenschutzkontrolle bestätigt wurde. Es ist also auch künftig nicht gewährleistet, dass durch Kontrollen der die übermäßige Verarbeitung von HzV-Abrechnungsdaten eingeschränkt wird. Die Erwartung des Staatssekretärs, dass eine vom BMG nicht erwünschte Praxis von den Landes-Aufsichtsbehörden verhindert werden könne, geht von völlig unrealistischen Annahmen bzgl. der personellen und sonstigen Kapazitäten dieser Behörden aus.

V. Fälschlicher Verweis auf die Auftragsdatenverarbeitung

Die Regelung des § 295 Abs. 1b S. 5 SGB V geht davon aus, dass die privaten Dienstleister für die ambulanten (Haus-)Ärzte eine Datenverarbeitung im Auftrag vornehmen. Die Auftragsdatenverarbeitung ist in § 11 BDSG geregelt. Diesen Anforderungen genügt bisher keiner der abgeschlossenen Verträge. Diesen Anforderungen kann auch aus rechtlichen Gründen nicht entsprochen werden, da eine Auftragsdatenverarbeitung voraussetzt, dass diese nach Weisung der Auftraggeber, also der Ärzte erfolgt (§ 11 Abs. 3 BDSG). Bei der HzV-Abrechnung wird der Arzt vielmehr an die **Weisungen der Auftragnehmer** gebunden.

Der Einsatz geheimer Softwaremodule (s.o. IV) macht es den „Auftraggebern“ nicht nur praktisch, sondern auch rechtlich unmöglich, die von ihnen zu verantwortende **Datenverarbeitung zu kontrollieren und zu verantworten**. Dies ist insofern heikel, als die verarbeiteten Daten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Eine explizite Entbindung der Ärzte von diesem Patientengeheimnis ist § 295 Abs. 1b SGB V nicht zu entnehmen. Die Unterwerfung der Empfänger der Daten unter diese Schweigepflicht, wie sie ansonsten in § 203 Abs. 1 StGB geregelt ist, ist nicht vorgesehen. Mit der gesetzlich angeordneten Auftragsdatenverarbeitung werden die Ärzte systematisch dazu verpflichtet, ihre Patientengeheimnisse unkontrolliert nicht näher bekannten und kontrollierten Dritten anzuvertrauen.

VI. Es kann systembedingt eine Diskriminierung von "nicht rentablen" Patientinnen und Patienten erfolgen

Die Einsparungen bei der HzV werden dadurch angestrebt, dass eine **Behandlungsoptimierung** erfolgt. Um dies zu erreichen, sollen Doppeluntersuchungen minimiert werden, indem der Hausarzt eine dirigierende Rolle übernimmt. Ob diese Erwartungen erfüllt werden können, ist bisher nicht geklärt.

Eine andere Art der Behandlungsoptimierung besteht darin, dass durch eine Auswertung der Behandlungsdaten dem Arzt Vorgaben für die Behandlung gemacht werden, mit denen Kostenersparnisse erzielt werden können. Der **Arzt verpflichtet sich** mit seiner Beitrittserklärung zu dem HzV-Vertrag, bei der Behandlung der HzV-Patienten sich an den gemachten Vorgaben zu orientieren.

Werden von ihm diese Vorgaben - im Rahmen eines Beurteilungskorridors - nicht eingehalten, so können ihm die über den HzV-Vertrag vorgesehenen Sondervergütungen gestrichen werden.

Es gibt Hinweise darauf, dass die eingesetzten Software-Module keine für alle Patienten geltenden Behandlungsvorgaben machen, sondern dass insofern eine nach persönlichen Merkmalen der Patienten ausgerichtete spezifische Behandlung vorgegeben wird. Diese Behandlungsempfehlungen können auf spezifischen medizinischen Erkenntnissen basieren. Da jedoch die medizinische Qualitätssicherung - soweit erkennbar - nicht bei der Festlegung der Behandlungsvorgaben einbezogen wird, werden wohl eher andere Parameter herangezogen. Hierbei kann es sich um Parameter handeln, die für die Krankenkassen zu einer **Kostenreduzierung** generell bzw. bei dem jeweiligen Kassenmitglied beitragen. Es ist daher nicht auszuschließen, dass bei den medizinischen Behandlungsempfehlungen medizinisch nicht indizierte Rentabilitäts Gesichtspunkte einfließen. Diese sind für die Ärzte nicht transparent und nachvollziehbar.

Dies hat zur Folge, dass systembedingt nicht die individuell optimale Behandlung für den Patienten, sondern eine individuell preisgünstige Behandlung empfohlen wird. Durch die Selbstbindung des Arztes über den HzV-Vertrag wird der Arzt in seiner **Therapiefreiheit eingeschränkt**. Dabei sind ihm die vom Softwaremodul gemachten Vorgaben nicht transparent, da diese ihm gegenüber als Betriebs- und Geschäftsgeheimnis behandelt werden. Dieser Umstand wird von BMG-Staatssekretär Kapferer in seinem Schreiben vom 26.03.2010 an das ULD damit gerechtfertigt, dass „eine gewisse Einschränkung der Therapiefreiheit ... kein Spezifikum der hausarztzentrierten Versorgung“ sei.

IV. Die kassenbezogene HzV-Sonderabrechnung begründet eine massive Gefährdung der Datensicherheit bei den IT-Systemen der ambulanten Ärzte

Die **datenschutzrechtliche Verantwortung** für die patientenbezogene Datenverarbeitung im Praxissystem liegt beim jeweiligen Hausarzt. Da ihm regelmäßig die informationstechnische Kompetenz fehlt, um dieser Verantwortung gerecht zu werden, hatten die Ärztekammern bis in die jüngere Zeit hinein empfohlen, das Arztpraxissystem nicht mit externen Netzen zu verbinden. Soweit eine solche Vernetzung erfolgt, ist der Arzt praktisch vollständig auf die informationstechnische Kompetenz seiner Dienstleister, also des jeweils von ihm gewählten Softwarehauses, angewiesen.

Bisher werden **Schnittstellen** zwischen dem ärztlichen Praxissystem und externen Systemen nur sehr begrenzt eingerichtet. Zumeist besteht nur eine Schnittstelle über das KV-Safe-Net zur Abrechnungsdatenverarbeitung der KVen. Für die Zulassung hierfür ist eine besondere Zertifizierung nötig, über die gewährleistet werden soll, dass keine Beeinträchtigung der ärztlichen Datenverarbeitung durch externe Angriffe erfolgt. Künftig soll über einen Konnektor eine streng definierte zweite Schnittstelle zur Telematik-Infrastruktur unter Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und des elektronischen Heilberufsausweises (Health Professional Card) geschaffen werden.

Dadurch, dass das Datenprofil und die Datenkommunikation bei jedem HzV-Vertrag selbständig festgelegt werden kann und soll, muss für jeden dieser Verträge eine **gesonderte technische Schnittstelle** zum Praxissystem durch den IT-Dienstleister des Arztes eingerichtet werden. Dies hat zur Folge, dass je nach Zahl der Verträge mit speziellen Krankenkassen oder Kassengruppen weitere Schnittstellen im Praxissystem zu externen Systemen durch den Dienstleister des Arztes eingerichtet werden müssen.

Dies hat zur Folge, dass das Arztpraxissystem mit den hochsensiblen Originaldaten der Patientinnen und Patienten für immer mehr Kommunikationspartner geöffnet werden muss. Dies erhöht die **Angriffsgefährdung für die Praxissysteme**. Erhöht wird die Gefahr für die Datensicherheit auch durch mögliche Programmierfehler. Besonders heikel ist jedoch, dass die Dienstleister des Arztes die Schnittstelle zu einer Blackbox programmieren müssen, die ihnen gegenüber nicht offengelegt wird, da das jeweilige Datenprofil von dem Hausarztverband, der HÄVG und den Krankenkassen als Betriebs- und Geschäftsgeheimnis behandelt wird. Durch dieses Blackbox-Verfahren wird die Gefahr der Einschleusung von Schadsoftware auf den Praxisrechner massiv erhöht.

Eine Nebenwirkung des zusätzlichen informationstechnischen Aufwands besteht darin, dass die **Betreuungskosten** für die angeschlossenen Hausärzte zur Pflege ihrer Praxissoftware massiv ansteigen.

Es ist davon auszugehen, dass schon die zusätzliche Programmierung für zwei HzV-Verträge gegenüber einer bisherigen einfachen Pflege der Software einschließlich einer Schnittstelle zum KV-Safe-Net zu einer Verdoppelung der Dienstleisterkosten führen wird.

Die Berücksichtigung **ökonomischer Aspekte** verschärft die Kritik an der gesetzlich geregelten und praktizierten HzV: Durch die HzV werden mehrere teure parallele informationstechnische und organisatorische Abrechnungsstrukturen geschaffen. Die Kosten der Hausarztverbände und deren Dienstleister sind nicht eingegrenzt, da diese - anders als die KVen - keiner wirksamen Aufsicht unterliegen. Für die Sicherung der Wirtschaftlichkeit der HzV ist es zudem nicht förderlich, dass die den KVen übertragene Wirtschaftlichkeitskontrolle nach § 106 SGB V weder von den KVen noch von den Hausarztverbänden durchgeführt werden darf und kann.

VI. Ergebnis

Die obigen Erwägungen ergeben, dass die Regelungen zur HzV unverhältnismäßig das **Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung** der teilnehmenden Patientinnen und Patienten beeinträchtigt, und dass die Umsetzung dieser Regelungen - mit einer Abrechnung über Hausarztverbände und deren Dienstleister - dahin tendiert, ein Übermaß an Daten zu erheben, die ärztliche Schweigepflicht zu unterminieren, Patienten mit bestimmten Merkmalen zu diskriminieren und die Datensicherheit der Arztpraxissysteme zu gefährden. Hierbei werden erhebliche Kosten verursacht, ohne dass eine wirksame Kostenkontrolle gewährleistet ist.

Daher ist dringend zu empfehlen, die Interimsregelung zur Datenverarbeitung privater Verbände und Dienstleister nicht zu verlängern. Die weitere Umsetzung der HzV in den Bundesländern sollte **umgehend gestoppt** werden.

Die gravierendsten Gefährdungen informationeller Selbstbestimmung könnten bei Beibehaltung des Gesamtkonzepts der HzV abgewendet werden, wenn die Abwicklung im organisatorischen und informationstechnischen **Rahmen der KVen** stattfinden würde.

Kiel, 10.05.2010
Dr. Thilo Weichert