



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

02.11.2015

Ausschussdrucksache
18(14)0139(34)
gel. VB zur öAnhörung am 04.11.
15_eHealth
04.11.2015

Stellungnahme

der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)

zum

Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

BT-Drucksache **18/5293**

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen
und -Initiativen (BAGP)
Waltherstr. 16 a
80337 München

Tel: 089 - 76 75 51 31
Fax: 089 - 725 04 74
<http://www.bagp.de>

Die *Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)* als fachlich-politische Arbeitsgemeinschaft regionaler, unabhängiger Patientenstellen besteht seit 1989 und setzt sich für die individuelle Unterstützung und Beratung von Ratsuchenden sowie mittels politischer Forderungen auch für kollektive Patientenrechte ein. Die BAGP vertritt als eine der anerkannten Patientenvertretungsorganisationen (nach § 140f SGB V) Patienteninteressen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Seitdem auf Grundlage des „GKV-Modernisierungsgesetzes“ von 2004 die elektronische Gesundheitskarte (eGK) am 01.01.2006 eingeführt werden sollte, ist dieses IT-Projekt von der BAGP vielfach öffentlich thematisiert und kritisiert worden. Gemäß § 291 a Abs.1 SGB V sollte die eGK der „Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung“ dienen. Doch während die gematik und diverse weitere Akteure seit 2006 am komplexen Projekt der eGK und seiner Einführung mehr oder weniger erfolgreich „herumdoktern“, stellt der nun vorliegende Entwurf eines *Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen („e-Health-Gesetz“)* die Grundlage für einen noch erheblich erweiterten Ausbau der Telematik-Infrastruktur im Gesundheitswesen dar.

Dabei ist die eGK jedoch nach wie vor das Projekt, welches als Schlüssel für die elektronische Infrastruktur verstärkt forciert werden soll, mit einer Mischung aus neuen Anreizen und Sanktionen. Neben schon länger geplanten Zielen der Einführung eines Notfalldatensatzes oder elektronischen Arztbriefes sieht der vorliegende Gesetzesentwurf Neuerungen wie elektronische Medikationspläne und Telemedizin vor. Die wichtigsten Gesetzesvorlagen werden im folgenden kurz dargestellt und im Hinblick etwa auf Versorgungsqualität, Datenschutz und Patient/-innenrechte bewertet.

1. Notfalldatensatz (§ 291 Absatz 3 SGB V)

Die Nutzungsmöglichkeiten des Notfalldatensatzes auf der eGK sollen erweitert und die Zugriffsrechte erleichtert werden. So sollen Versicherte die Möglichkeit erhalten, ihre notfallrelevanten medizinischen Daten auch für Behandlungen in der Regelversorgung bereitzustellen. Auch sollen die Zugriffsverfahren für Versicherte auf die Daten der eGK, inklusive der Notfalldaten erleichtert werden. Vertragsärzte sollen für die regelmäßige Aktualisierung der Notfalldaten nach einem (bis zum 30.09.2017) entsprechend modifizierten EBM dafür besonders honoriert werden.

Bewertung der BAGP:

Da die Gefahr besteht, dass Notfalldaten (wegen der Freiwilligkeit ihrer Speicherung) unvollständig sein können, ist der Nutzen der elektronischen Speicherung auf dem Gesundheitskartenchip fraglich; jene können dadurch gar zu einer Gefährdung des Patienten führen. Bestimmte Daten wie die Blutgruppe werden im Notfall ohnehin noch mal vom Notarzt erfasst. Da bei einem Notfall nicht immer ein passendes Lesegerät zur Verfügung steht, wäre hier ein papiergebundener Notfallausweis, etwa der Europäische Notfallausweis (ENA)¹ eine sicherere und bewährte Alternative – vor allem im Ausland, wo die eGK ohnehin nicht eingelesen werden kann.

2. Medikationsplan (§ 31a Absatz 1 Satz 1 SGB V)

Ab dem 01.10.2016 soll jeder Patient mit mindestens drei verordneten Medikamenten das Recht auf einen patientenverständlichen Medikationsplan in Papierform haben, ausgestellt durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt. Dabei sollen auch rezeptfreie Medikamente erfasst werden und auch hier haben die Ärzte die Pflicht der Aktualisierung des Medikationsplanes, ähnlich wie bei den Notfalldaten. Um auch den Belangen chronisch kranker, blinder oder behinderter Menschen Rechnung zu tragen, wird den entsprechenden Organisationen ein Recht zur Stellungnahme bezüglich der Standards der patientengerechten Vermittlung des Medikationsplanes eingeräumt. Zukünftig ist zusätzlich zur Papierform auch ein elektronischer Arzneimittelplan vorgesehen, der dann leichter aktualisiert werden kann. Dies soll dann realisiert werden, sobald die Telematikinfrastruktur zur Verfügung steht (gemäß § 291a, Absatz 3 SGB V).

Bewertung der BAGP:

Sofern ein Medikationsplan sowohl in Papier- als auch in elektronischer Form existiert, müssen beide Pläne nicht nur regelmäßig aktualisiert, sondern auch synchronisiert werden. Außerdem erfordert dies die Abstimmung der verschiedenen Fachärzte untereinander. Ansonsten sollte ein verständlicher und übersichtlicher Medikationsplan selbstverständlich sein, zumal dadurch auch Neben- und Wechselwirkungen gut erfasst werden können. Wichtig ist hier nach wie vor die Rückmeldung des Patienten gegenüber dem Arzt und dessen Fähigkeit, mit dem Patienten entsprechend zu kommunizieren. Dies lässt sich nicht durch noch so ausgeklügelte Medikationspläne ersetzen.

¹ <http://ddrm.de/wp-content/uploads/ENA-statt-eGk.jpg>

3. Online-Aktualisierung der Versichertenstammdaten (§ 291 Absatz 2b)

Ab dem 1. Juli 2018 werden Ärzte und vertragsärztliche Einrichtungen dazu verpflichtet, die Versichertenstammdaten auf Korrektheit und Aktualität zu überprüfen. Anderenfalls sollen sie durch eine Kürzung ihres ärztlichen Honorars sanktioniert werden. Aber auch den öffentlich-rechtlichen Gesellschaftern der gematik wird der Etat gekürzt, sofern es ihnen nicht gelingt, bis zum 30.06.2016 die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die Stammdatenprüfung zu schaffen.

Bewertung der BAGP:

Hierbei geht es sicherlich nicht einfach um die reine Aktualität der Stammdaten, sondern um den Ausschluss von Missbrauch der eGK. Wenn man berücksichtigt, dass das Foto auf der Gesundheitskarte eigentlich die Identifizierung des Versicherten gewährleisten sollte, dann wäre so eine regelmäßige Stammdatenüberprüfung überflüssig. Die Frage ist, wie hoch der zeitliche Aufwand für die Online-Aktualisierung der Stammdaten pro Patient sein wird und ob sich mehrfache Prüfungen bei verschiedenen Arztbesuchen vermeiden lassen, um so den administrativen Gesamtaufwand zu minimieren.

4. Telemedizin (gemäß § 87 Abs. 2a und 2b)

Zur verbesserten Versorgung von Patienten in strukturschwachen Gebieten, sowie angesichts demographischer Veränderungen, soll der behandelnde Arzt die Möglichkeit erhalten, konsiliarische Unterstützung durch andere Fachärzte mit Hilfe telemedizinischer Verfahren in Anspruch zu nehmen. Auf diese Weise sollen z.B. Doppeluntersuchungen an verschiedenen Orten (Röntgen u.a.) vermieden und trotzdem eine Abstimmung zwischen zwei oder mehreren Fachärzten ermöglicht werden. Diese Möglichkeit soll bis zum 30.06.2016 durch den Bewertungsausschuss geprüft werden.

Bewertung der BAGP:

Zunächst bleibt abzuwarten, wie die Prüfung des Bewertungsausschusses ausfällt. Die Telemedizin zur Unterstützung von Ferndiagnosen ist womöglich für einige bestimmte Erkrankungen anwendbar, jedoch wahrscheinlich für viele andere Beschwerden und Krankheiten – darunter vielleicht auch schwerwiegende – eher nicht. In diesem Fall wäre das „demographische“ Problem, bzw. der Ärztemangel in strukturschwachen Räumen nicht durch Technik zu lösen, sondern erforderte andere, politische Lösungen.

5. Elektronischer Entlassbrief

Um die Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu erleichtern, soll ein elektronischer Entlassbrief als weitere Funktion der eGK entwickelt werden, der mindestens folgende Angaben enthalten soll:

Diagnosen, Befunde, Therapiemaßnahmen, die Medikation bei Entlassung aus dem Krankenhaus, den Entlassungsgrund und empfohlene Rehabilitationsmaßnahmen.

Dafür soll es gemäß § 291 a Absatz 7a zwischen dem 01.07.2016 und dem 30.06.2018 pro Patient einen Zuschlag geben (Anschubfinanzierung).

Bewertung der BAGP:

Es ist sicherlich vorteilhaft, wenn ein niedergelassener Arzt bei einem aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten unmittelbar Einblick in die dort durchgeführten Diagnosen und Therapien hat, sofern der Patient damit einverstanden ist. Auf diese Weise kann eine Behandlungskontinuität erreicht werden. Um aber diese neue elektronische Funktion der eGK zu entwickeln, ist die genannte Anschubfinanzierung für Kliniken und Ärzte auf Kosten der Versicherten nicht nötig, zumal ein papiergebundener Entlassungsbrief den selben Zweck erfüllt, auch ohne Anschubfinanzierung.

6. Elektronischer Arztbrief (§ 291h SGB V)

Für die Jahre 2016 und 2017 soll für die Übermittlung elektronischer Arztbriefe zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen eine Pauschale gemäß § 291a Absatz 7b gezahlt werden. Der Anspruch auf diese Pauschale für den elektronischen Arztbrief ist nicht an die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte gebunden und entspricht etwa den Portokosten für den konventionellen Versand von Papierunterlagen durch Post-, Boten- oder Kurierdienste. Alles weitere zum elektronischen Arztbrief regelt die KBV per Richtlinie.

Bewertung der BAGP:

Ähnlich wie beim elektronischen Entlassbrief, ist auch hier eine Anschubfinanzierung unnötig, weil das elektronische Verfahren nicht teurer ist als der konventionelle Versand des Arztbriefes und es bereits einen Zuschlag zur Telematikinfrastruktur durch die Versichertenbeiträge gibt. Hier scheint es in erster Linie um finanzielle Anreize für die Einrichtung weiterer elektronischer Funktionen der eGK zu gehen.

7. Beirat (§ 291b Absatz 2a SGB V)

Die gematik soll einen Beirat einrichten, der das Unternehmen fachlich berät. Der Beirat kann in „Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung“ die Gesellschafterversammlung einschalten und muss auch selbst gehört werden.

Solche grundsätzlich wichtigen Angelegenheiten betreffen fachliche Konzepte der eGK, Testverfahren für Telematikanwendungen und Evaluationskonzepte für Testverfahren.

Der Beirat setzt sich zusammen aus:

- Vertretern der Länder
- Patientenvertretern und Vertretern von Organisationen chronisch Kranker und behinderter Menschen
- Vertretern der Wissenschaft
- Industrievertretern aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen
- der/dem Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit und
- der/dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten.

Es können Vertreter weiterer Gruppen von der Gesellschafterversammlung der gematik berufen werden, sofern das Bundesministerium für Gesundheit dem zustimmt.

Bewertung der BAGP:

Das Auswahlverfahren der Patientenvertreter/-innen und dessen/deren Anteil sowie demokratische Mitbestimmungs- und Mitgestaltungsmöglichkeit ist sicherlich verbesserungswürdig. Es sollte nicht nur um die Selbstbestimmung, sondern vor allem auch um die Mitbestimmung der Patient/-innen gehen, vor allem in Dingen, von denen sie selbst besonders betroffen sind.

8. Schlichtungsstellen bei der gematik (§ 291c SGB V)

Falls bei der gematik in bestimmten Fragen des Aufbaus der Telematikinfrastruktur keine Einigung zustande kommt, kann von mindestens der Hälfte der Gesellschafter oder vom BMG die Schlichtungsstelle angerufen werden. Diese soll mit einem unparteiischen Vorsitzenden besetzt werden.

Bewertung der BAGP:

Durch die Schlichtung (oder die Festlegung von Beschlüssen durch den BMG) wird die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der Gematik gesichert. Dies muss – angesichts der unzureichenden Patientenmitwirkung – nicht unbedingt bedeuten, dass die besten Lösungen für die Nutzer/-innen des Gesundheitssystems gefunden werden.

9. Anwendungen über die eGK hinaus

Die Telematikinfrastuktur kann auch über die Nutzung der eGK hinaus für weitere Anwendungen und Anwender geöffnet werden. Dies kann die Kommunikation von Ärzten und Kliniken mit anderen Sektoren des Gesundheitswesens betreffen, welche nicht über die eGK vernetzt sind. Eine andere Möglichkeit ist die Nutzung durch Forschungseinrichtungen. Dabei werden im Gesetzesentwurf folgende Voraussetzungen genannt:

„Alle Anwendungen, die die Telematikinfrastuktur nutzen wollen, müssen den Nachweis erbringen, dass sie die Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der Telematikinfrastuktur nicht beeinträchtigen sowie die für die Telematikinfrastuktur festgelegten Maßnahmen zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit in ihrer Wirksamkeit nicht behindern. Darüber hinaus sind bei diesen Anwendungen die Benutzerschnittstellen zum Versicherten nach den Vorschriften der Barrierefreiheit zu gestalten. Soweit es sich um Anwendungen handelt, die personenbezogene Daten verarbeiten, müssen die verantwortlichen Betreiber darüber hinaus die relevanten Vorschriften zum Datenschutz einhalten und die dafür erforderlichen organisatorischen und technischen Maßnahmen treffen. Dies umfasst insbesondere die Beachtung der informationellen Selbstbestimmung der Betroffenen nach Maßgabe der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die Gewährleistung ausreichender Sicherheit für die verarbeiteten personenbezogenen Daten. (...) Dies gilt auch bei der Nutzung der Telematikinfrastuktur für Zwecke der Gesundheitsforschung.“²

Bewertung der BAGP:

Außer den genannten, seriösen Interessenten ist zu befürchten, dass auch Interessenten wie Arbeitgeber, Versicherungen, Adressenhändler, etc. auf die Gesundheitsdaten der Bevölkerung zugreifen wollen. Dagegen ist momentan nicht absehbar, dass die Versicherten einen (Lese-) Zugriff für ihre eigenen medizinischen Daten „in der Cloud“ bekommen.

² Deutscher Bundestag – 18. Wahlperiode, Drucksache 18/5293, S. 47

Schlussbemerkungen

„Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien haben ein großes Potenzial zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung.“³

Diesem Einleitungssatz aus dem vorliegenden Gesetzesentwurf kann man ohne weiteres zustimmen. Die Frage ist aber, wie man dieses technische Potenzial einsetzt und inwieweit man bei einem großen Projekt zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Betroffenen, die Patient/-innen und Versicherten (die wichtigsten „stakeholder“) mit einbezieht.

Das Projekt der Elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der Telematischen Infrastruktur hinkt aufgrund technischer Probleme aber auch „fehlender Compliance“ von Versicherten, Ärzt/-innen, Politiker/-innen und technischen Experten bald 10 Jahre seinem Zeitplan hinterher. Der Versuch, mit einer Mischung aus Anreizen und Sanktionen den neu gesetzten Zeitplan einhalten zu können, ist leider keine Basis für die Entwicklung ausgereifter Konzepte in der gesundheitlichen Versorgung.

Wir schlagen statt dessen vor, ein Moratorium für das eGK- und Telematik-Projekt durchzuführen und gemeinsam mit Patienten-Vertreterinnen und unabhängigen Fachleuten alternative Projekte zur „Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung“ zu prüfen – unter Beachtung der oben erwähnten Potenziale der Informations- und Kommunikationstechnologien.

³ Deutscher Bundestag – 18. Wahlperiode, Drucksache 18/5293, S. 1