

## **Kleine Anfrage der Fraktion der Linken zur geltenden sowie geplanten Gesetzeslage betreffend Telematikinfrastruktur und elektronische Patientenakte**

Vorbemerkung:

Im Entwurf zum Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetzes (DVPfMG), wie er Ende Januar vom Kabinett verabschiedet wurde, ist unter anderem vorgesehen, die in Praxen, Krankenhäusern und Apotheken erforderlichen Konnektoren durch einen sog. „Zukunftskonnektordienst“ zu ersetzen, mit laut der Gematik offenen „Zugangsschnittstellen im Internet“. Wegfallen sollen für die Prüfung der Zugangsberechtigung die jetzt noch eingesetzten sog. „e-cards“, somit der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) und die elektronische Gesundheitskarte (eGK). Auf dieser sollen auch über die nötigsten Sozialdaten hinaus keine weiteren Daten wie Notfalldaten oder Medikationspläne mehr gespeichert werden. Auch ist laut Entwurf geplant, dass die bisher ausstehende Datenschutzfolgeabschätzung durch das Gesetz vollzogen wird. Zudem soll es durch das Gesetz ermöglicht werden, bereits nach Erstkontakt nur über Videosprechstunde Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Zu diesen Plänen ergeben sich etliche Fragen:

1. IT-Experten warnen, dass mit Wegfall der Authentifizierung mittels Hardware (Konnektor, eGK, eHBA) trotz bekannter zahlreicher Konnektor-Schwachstellen (c't 3/20) das Sicherheitsniveau der Telematikinfrastruktur (TI) nochmals herabgesetzt wird. Wie gedenkt die Bundesregierung die Sicherheit der sensiblen Gesundheitsdaten zu garantieren, die zentral auf Servern in der elektronischen Patientenakte (ePA) gespeichert werden, zu der der Zugang über die TI erfolgt?
2. Welche Schlussfolgerungen wurden für die weitere Planung bzw. für diesen Gesetzentwurf in diesem Zusammenhang daraus gezogen, dass in Finnland Tausende Psychotherapiepatienten mit ihren gehackten Daten erpresst werden, die auf Servern einer Psychotherapiefirma gespeichert waren, die Psychotherapie an 22 Standorten im Land betreibt (FAZ 28.10.2020, SZ 29.10.2020)? Wie kann somit die lebenslange Sicherung sensibler Gesundheitsdaten garantiert werden, wenn selbst Ministerien, Universitäten, große Unternehmen sowie die NATO von Viren-Updates betroffen sind (wie kürzlich hinsichtlich Updates der Firma Solarwinds berichtet, z. B. welt.de, 14.12.2020) und die Daten somit auch hier nicht ausreichend sicher gespeichert werden können?
3. Die Telematikinfrastruktur wird seit zwei Jahren betrieben, ohne dass eine Datenschutzfolgeabschätzung vorliegt. Angeschlossene Ärzte und Therapeuten geraten dadurch in einen juristischen Konflikt zwischen Datenschutzgrundverordnung und SGB (das die Pflicht zum Anschluss an die TI regelt). Nun soll die Datenschutzfolgeabschätzung ausschließlich durch Formulierungen im geplanten Gesetz für alle an die TI angeschlossenen Institutionen geleistet werden. Wie können dadurch die verschiedensten Praxen und anderen Institutionen abgebildet werden, die sich durch Größe, IT-Struktur und damit auch IT-Sicherheit jetzt schon erheblich unterscheiden? Wie verhält sich der Bundesbeauftragte für den Datenschutz zu diesem Vorgehen?
4. Viele Praxen haben gerade zum 1.1.2021 neue e-Health-Kartenlesegeräte angeschafft, deren Kosten durch die Krankenkassen über die Kassenärztlichen Vereinigungen angeschafft werden. Nun sollen dem Gesetzentwurf zufolge ab 2023 keine medizinischen Daten mehr auf

den elektronischen Gesundheitskarten mehr gespeichert werden, wodurch zumindest eingeschränkt ein internetunabhängiger dezentraler Zugriff auf wichtige medizinische Daten möglich gewesen wäre. Welche Vorteile in der Versorgung erhofft sich die Bundesregierung offenbar von dieser Veränderung?

5. Laut Handelsblatt vom 25.11.2020 „toben“ Krankenkassenvertreter bereits, weil sie die neuen Konnektordienste, wie sie nach dem vorliegenden Gesetzentwurf ab 2023 eingeführt werden sollen, wiederum bezahlen müssen, während die Konnektoren für die TI schrottreif würden. Dem Bericht zufolge haben die Ausstattung und der Betrieb mit den Konnektoren bisher rund zwei Milliarden Euro gekostet, vorwiegend finanziert aus Versichertenbeiträgen. Hinzu kommen Kosten für Entwicklung und Implementierung der eGK, des eHBA und anderer Hard- und Softwareelemente, in einer Höhe von geschätzt sicher nochmals weit über einer Milliarde Euro (laut SZ vom 6.8.2017: 1,7 Mrd. Euro). 2018 schon hat Gesundheitsminister Jens Spahn festgestellt, dass „Kartenlesegeräte an Desktop-Computern als Login-Variante heute nun mal nicht mehr den Vorstellungen der meisten Bürger entsprechen“ würden (FAZ 6.5.2018). Haben somit bereits 2018 die Planungen für einen Betrieb der TI ohne Konnektor und eGK bzw. eHBA begonnen? Falls nicht 2018, wann dann?
6. Wie ist es vor diesem Hintergrund zu rechtfertigen, dass Milliarden Euro, vorwiegend an Versichertenbeiträgen, für Geräte ausgegeben wurden, die offenbar geplanterweise nur drei bis fünf Jahre später wieder auszurangieren waren? Welche Firmen haben davon profitiert?
7. Die Firma CompuGroupMedical (CGM) war 2018 über neun Monate lang die einzige Firma mit einem zertifizierten Konnektor am Markt – just in der Phase, in der die meisten Praxen aufgrund des bekannten Sanktionsdrucks durch sonst nach SGB V erfolgende Honorarabzüge einen Konnektor bestellten. Kann vor dem Hintergrund, dass CGM-Chef Frank Gotthardt Mitglied des Bundesvorstands des CDU-Wirtschaftsrats ist, und hier ab 2014 eine vom Wirtschaftsrat berufenen Kommission zu „Digital Health“ leitete, die „diesem Thema eine kraftvolle Stimme geben sollte“, eine wirtschaftsinteresselgeleitete Beeinflussung gesetzlicher Entscheidungen zu TI und ePA, beginnend bereits mit dem e-Health-Gesetz 2015, ausgeschlossen werden? Dies auch vor dem Hintergrund, dass Hinweise vorliegen, dass Lobbyisten etwa von CGM ihre Preisvorstellungen hinsichtlich des Konnektors bei Verhandlungen in Berlin gut hatten durchsetzen können, und auch vor dem Hintergrund, dass bei etwaig schon 2018 erkennbarem mittelfristigen Wegfall der Konnektoren dennoch deren Einführung vehement durchgesetzt wurde?
8. Wie lassen sich generell die hohen Kosten für eGK, TI und ePA rechtfertigen vor dem Hintergrund,
  - \* dass es seit 2006 keine Kosten-Nutzen-Analyse mehr gab, sowie auch vor dem Hintergrund,
  - \* dass Studien zufolge Anamnese und körperliche Untersuchung bereits in 90 Prozent der Fälle zur Diagnose führen können, das hierbei erfolgende vertrauensvolle Gespräch Voraussetzung ist und auch die Beziehung etabliert, die dann auf Seiten des Patienten Voraussetzung für die Annahme und das Befolgen von Therapievor schlägen ist,
  - \* weiter vor dem Hintergrund, dass immer noch neben Lebensbedingungen und Gesundheitsverhalten vor allem der Sozialstatus entscheidend ist für den Gesundheitsstatus der Bevölkerung (somit die Tatsache, ob man arm ist oder reich, erheblichen Einfluss auf die Gesundheit hat) (Gesundheitsbericht des RKI, Dezember 2015),
  - \* und dass aktuellen Studien zufolge das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Vergleich sowieso schon hohe Kosten verursacht, mit dann nur durchschnittlichem Ergebnis

(Deutsches Ärzteblatt, 6.12.2019), wozu die hohe Techniklastigkeit des deutschen Gesundheitswesens beiträgt, was sich durch TI und ePA noch verschärft?

9. Wenn das Versichertenstammdatenmanagement ab 2023 nicht mehr mittels Verbindung zur TI über Kartenlesegerät und Konnektor erfolgen soll, folgt daraus nicht ein Wegfall der im SGB V § 291 geregelten Sanktionen für Praxen, die nicht an die TI angeschlossen sind?
10. 2020 konnten über acht Wochen lang bis zu 80.000 Praxen aufgrund einer TI-Störung kein Versichertenstammdatenmanagement durchführen und somit nicht die hierfür gegebene gesetzliche Pflicht erfüllen. Bis 2022 sollen nun die elektronische AU-Bescheinigung und das e-Rezept eingeführt werden. Welches Ersatzverfahren sieht die Bundesregierung vor für den Fall erneut auftretender Störungen der TI, wodurch dann ggf. die elektronische Weiterleitung von e-AU und e-Rezept nicht möglich wäre? Werden Praxen somit verpflichtet sein, die entsprechende technische Ausrüstung zur analogen Erstellung der Formulare weiter vorzuhalten? In welcher Form soll dies geregelt werden?
11. Welche Art von Ersatzverfahren sieht die Bundesregierung für die nicht gering anzusetzende Anzahl älterer und chronisch Kranker, insbesondere aber auch psychisch Kranker vor, die weiterhin das Rezept und die AU-Bescheinigung wie bisher mit allen Daten ausgedruckt im Papierformat erhalten wollen, sowohl um ein angemessenes Maß an Eigenverantwortung (etwa beim Versand der AU-Bescheinigung) auszuüben als auch um die Angaben auf dem jeweiligen Papier sofort prüfen zu können, was vielen Patienten ein großes Bedürfnis ist und für Behandelnde eine Qualitätssicherung darstellt?
12. Einführung von TI und ePA sowie jetzt auch der elektronischen Kommunikationsdienste zwischen den Behandelnden wurden vor allem mit der Notwendigkeit des Vermeidens gefährlicher Wechselwirkungen zwischen verordneten Medikamenten begründet. Häufig allerdings kommen Arztbriefe aus Kliniken zu spät in Praxen an, werden also zukünftig u. U. auch erst spät in die ePA eingestellt werden. Anreize zum Verfassen aussagekräftiger Arztbriefe sind im ambulanten Bereich im EBM leider weggefallen. Wie gedenkt die Bundesregierung somit eine bessere Kommunikation zwischen behandelnden Institutionen zu fördern?
13. Aufgrund der geschaffenen Möglichkeiten, Arbeitsunfähigkeit ohne vorherigen persönlichen Kontakt zu bescheinigen, vermehrt über Videosprechstunden zu behandeln, e-Rezepte und e-AU-Bescheinigungen auszustellen sowie Gesundheits-Apps zu verschreiben bestehen in der Ärzteschaft Befürchtungen hinsichtlich der Entwicklung hin zu einer „Plattform-Medizin“ (Pressemitteilung der Freien Ärzteschaft vom 28.01.2021). Diese Entwicklung wird verschärft durch zunehmende Kosten für Cyber- und Haftpflichtversicherungen, IT-Ausrüstung und IT-Sicherheitsrichtlinie sowie für juristischen Beistand. Wohnortnahe Einzelpraxen mit kontinuierlicher Arzt-Patient-Beziehung, wie von vielen Patienten gewünscht, werden das immer weniger bewältigen können und somit in ihrer Anzahl weiter abnehmen, zugunsten von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder anderer ambulanter Zentren, etwa an Kliniken, bei denen jedoch oft die Ansprechpartner für Patienten wechseln – was von diesen häufig als unangenehm und wenig hilfreich erlebt wird, weil jeder neue Arzt, jede neue Ärztin, sich wieder neu in den Behandlungsfall einarbeiten muss und dabei auch wichtige Aspekte übersehen kann, und somit hierdurch auch eine Verschlechterung der Versorgung droht. Wie bewertet die Bundesregierung diese Entwicklung hin zu einer Plattform- bzw. Callcenter-Medizin, und wie gedenkt sie ggf. hier steuernd tätig zu werden, um die derzeitige

hochqualitative ambulante Versorgung, wie sie sich gerade auch aktuell in der Corona-Pandemie bewährt hat, weiter sicherzustellen?

München, den 03.02.2021

Andreas Meißner

für das Bündnis für Datenschutz und Schweigepflicht (BfDS)  
[www.gesundheitsdaten-in-gefahr.de](http://www.gesundheitsdaten-in-gefahr.de)

Dr. Andreas Meißner  
Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie  
Tegernseer Landstr. 49  
81541 München  
Tel.: 089/6914550  
Fax: 089/62021187