

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jan Korte, Kathrin Vogler,
Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/5671 –**

Entwicklungsstand bei der neuen elektronischen Gesundheitskarte

Vorbemerkung der Fragesteller

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) sollte ursprünglich ab dem 1. Januar 2006 die zum 1. Januar 1995 eingeführte Krankenversicherungskarte ersetzen (§ 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) wurde mit der Entwicklung und Einführung der eGK betraut. Die gematik hat eine vertrauliche Untersuchung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses in Auftrag gegeben, die vom Chaos-Computer-Club 2006 veröffentlicht wurde. Darin wurde festgestellt, dass der Hauptnutzen aus den freiwilligen Anwendungen, also dem elektronischen Rezept, der elektronischen Patientenakte etc. resultiere. Dabei übersteigt laut gematik der Nutzen der eGK die Kosten umso schneller, je schneller qualitätssteigernde Anwendungen, wie z. B. die Arzneimittelprüfung, elektronische Patientenakten, Arztbriefe und elektronische Rezepte genutzt werden.

Die Einführung verzögerte sich jedoch vor allem aufgrund massiver Umsetzungsprobleme, die sich in verschiedenen Pilotprojekten gezeigt haben. Von vielen Seiten wurde immer stärkere Kritik an der zwischenzeitlich für den 1. Oktober 2009 geplanten Einführung der eGK geübt. So hat die Fraktion der FDP in einem Antrag noch im Dezember 2008 (Bundestagsdrucksache 16/11245) vor einer übereilten Einführung gewarnt und das bisherige Konzept als unzureichend bezeichnet. In dem Antrag heißt es, die Einführung werde abgelehnt, bis sichergestellt ist, dass unter anderem

- „eine aktuelle Bewertung unter Einbeziehung der bisher gewonnenen Erkenntnisse ein positives Nutzen-Kosten-Verhältnis ergibt;“
- „aus dem Gebrauch der elektronischen Gesundheitskarte kein erhöhter bürokratischer Aufwand resultiert, insbesondere auch beim Einlesen der Karte in Arztpraxen, Apotheken usw. sowie bei der Anwendung der PIN-Nummer;“
- „eine eingehende Prüfung durch unabhängige Sachverständige dahingehend stattfindet, ob moderne alternative Speicherungsmöglichkeiten, wie z. B. die Speicherung auf der Gesundheitskarte selbst oder auf so genannten USB-Sticks, praktikabler und sinnvoller sind als eine Speicherung auf zentralen Servern“.

Für den Fall einer bürgerlichen Bundesregierung wurde von der Fraktion der FDP vor der Bundestagswahl der Stopp der eGK angekündigt.

Fünf Wochen nach der Bundestagswahl erklärte der Bundesminister für Gesundheit, Dr. Philipp Rösler, am geplanten Roll-Out der Karten festzuhalten. Allerdings wurden die meisten der Funktionen, welche von den Befürwortern für die angepeilten Kostenersparnisse und Qualitätsgewinne verantwortlich gemacht wurden, bis auf Weiteres gestrichen. Nach einer „Bestandsaufnahme“ sollte das weitere Vorgehen bestimmt werden. Die Bestandsaufnahme wurde von der gematik zum Abschluss gebracht.

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz 2010 hat die Bundesregierung die Einführung der eGK wieder forciert. Die Krankenkassen wurden verpflichtet, bis zum Ende des Jahres 2011 die neue Gesundheitskarte an mindestens 10 Prozent der Versicherten auszugeben. Kassen, die dieses Ziel verfehlen, drohen finanzielle Einbußen.

Am 29. März 2011 meldete „DIE WELT“, dass keine der geplanten Funktionen der eGK bislang richtig ausgereift sei und dennoch Millionen Versicherte in den kommenden Monaten den elektronischen Ausweis bekommen sollen. Auf Druck des Bundesministeriums für Gesundheit werde die Karte nun unbedingt eingeführt, egal wie ausgereift die dazugehörigen Anwendungen noch seien. Alle Onlineanwendungen, an denen die gematik bereits seit 2003 mit diversen Kooperationspartnern aus der Industrie arbeitet, würden sich entweder erneut verspäten oder kämen bislang nicht einmal über das Stadium eines Forschungsprojektes hinaus. Wie genau die eGK aussehen werde, sei daher immer noch völlig unklar.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der damit verbundene Aufbau einer vernetzten IT-Infrastruktur leisten einen wichtigen Beitrag zur Modernisierung der Gesundheitsversorgung und insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Behandlung sowie zur Stärkung der Patientenautonomie. Die elektronische Gesundheitskarte, die die jetzige Krankenversichertenkarte ablöst, ist ein Werkzeug in der Hand des Versicherten, mit dem er zukünftig verschiedene Anwendungen selbständig und mit höchstem Datenschutz nutzen kann.

Um diese Ziele zu erreichen, wird im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) auch die Schaffung einer Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur geregelt. Für den Aufbau der Telematikinfrastukturs und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sind gemäß § 291a SGB V die Organisationen der Selbstverwaltung zuständig. Zur Erfüllung ihrer gemeinsamen Aufgaben haben die Organisationen der Selbstverwaltung die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) gegründet. Aufgabe der gematik ist es, die technischen Vorgaben einschließlich eines Sicherheitskonzeptes zu erstellen sowie Inhalt und Struktur der Datensätze für deren Bereitstellung und Nutzung festzulegen. Darüber hinaus stellt die gematik die notwendigen Test- und Zertifizierungsmaßnahmen sicher und ist zuständig für die Wahrung der Interessen von Patientinnen und Patienten sowie die Einhaltung des Schutzes der personenbezogenen Daten.

Auf der Grundlage der von den Organisationen der Selbstverwaltung unter Moderation des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführten Bestandsaufnahme hat die gematik grundlegende Entscheidungen und Planungsschritte für die Neuausrichtung des Projektes getroffen. Im Sinne von mehr Effizienz, Schnelligkeit und Reduzierung der Komplexität wurde eine klare Verteilung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten vorgenommen. Ergebnis ist unter anderem, dass zunächst die folgenden Anwendungen umgesetzt werden: ein online gestütztes Versichertenstammdatenmanagement, der Notfalldatensatz, die von der Ärzteschaft geforderte adressierte Online-Kommunikation zwischen Leistungserbringern sowie das Projekt „Zugang/Migration von Gesundheitsdatendiensten

als Mehrwertfachdienste in die Telematikinfrastruktur am Beispiel der elektronischen Fallakte“. Die Ergebnisse der bisherigen Tests sind in die Bestandsaufnahme eingeflossen und wurden bei der Festlegung der prioritären Anwendungen berücksichtigt. Unter anderem wird das Konzept der Notfalldaten von der Bundesärztekammer überarbeitet und das elektronische Rezept wird aufgrund der Erfahrungen in den Testregionen zunächst zurückgestellt, bis praxistaugliche und sichere Lösungen entwickelt worden sind.

Bereits zu Beginn der Bestandsaufnahme stand fest, dass der Basis-Rollout weitergeführt werden soll. Im derzeit erfolgenden Basis-Rollout geben Krankenkassen Gesundheitskarten aus, die – wie bereits erfolgreich getestet – die administrativen Daten der Versicherten speichern, zusätzlich über ein Lichtbild verfügen und – wie vom Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) gefordert – die Anforderungen des Datenschutzes besser als die jetzige Krankenversichertenkarte erfüllen. Gleichzeitig werden die Krankenhäuser und Praxen mit neuen Kartenlesegeräten ausgestattet, die sowohl die jetzige Krankenversichertenkarte als auch die Gesundheitskarte lesen können.

Von Beginn an war klar, dass ein Projekt dieser Größenordnung nur schrittweise realisiert werden kann. Sowohl die Projektplanungen als auch die technischen Realisierungsschritte der Selbstverwaltung berücksichtigen dies. Deshalb sind die jetzt ausgegebenen Gesundheitskarten sowie die neuen Lesegeräte technisch darauf vorbereitet, dass sie in nachfolgenden Schritten für weitere Anwendungen genutzt werden können, ohne dass ein Austausch dieser Komponenten erforderlich ist. Die Anwendungen werden schrittweise eingeführt, sobald sie sich in den Testverfahren als sicher und praxistauglich erwiesen haben. Da die konkrete Ausgestaltung der Telematikinfrastruktur Aufgabe der Selbstverwaltung ist, hängen auch die konkret anfallenden Kosten sowie der konkret anfallende Nutzen der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur in hohem Maße von deren Entscheidungen ab. Die Organisationen der Selbstverwaltung sind hierbei den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Auf der Grundlage der Entscheidungen der gematik haben die zuständigen Organisationen der Selbstverwaltung entsprechende Finanzierungsregelungen zu treffen bzw. haben diese bereits getroffen.

1. Hat seit der letzten Bundestagswahl eine aktuelle Bewertung unter Einbeziehung der bisher gewonnenen Erkenntnisse ein positives Nutzen-Kosten-Verhältnis für die beschlossene eGK mit aktuellem Funktionsumfang ergeben?

Wenn ja, wie sieht dies aus?

Wenn nein, warum nicht?

Gutachten der Selbstverwaltung, die sich mit speziellen Kosten-Nutzen-Aspekten befasst haben, zeigen, dass die für den Aufbau der Telematik-Plattform entstehenden Kosten durch den Nutzen, die die einzelnen, von der elektronischen Gesundheitskarte unterstützten Anwendungen ermöglichen, refinanziert werden können. Dies zeigt sowohl der Planungsauftrag der Selbstverwaltung www.vdek.com/versicherte/Telematik/download/erezept/projektdokument_planungsauftrag.pdf als auch die von der Selbstverwaltung in Auftrag gegebene, allerdings nicht konsentrierte Studie von Booz and Company. Die Bundesregierung sieht keine Veranlassung, den in ihren Grundaussagen nach wie vor gültigen Gutachten weitere Gutachten hinzuzufügen. Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass die konkrete Entwicklung des Kosten- und Nutzenverhältnisses von den Entscheidungen der Selbstverwaltung abhängt, die diese bereits getroffen hat bzw. noch treffen wird. Darüber hinaus wird die elektronische Gesundheitskarte durch die schnellere Verfügbarkeit von Notfall- und sonstigen Behandlungsdaten zu einer wesentlichen Verbesserung der Versorgungsqualität führen, die sich finanziell nur sehr schwer oder gar nicht bewerten lässt.

Zudem wird der Datenschutz, der bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und dem Aufbau der Telematikinfrastruktur eine besondere Rolle spielt, erheblich verbessert werden. Es besteht in der Fachöffentlichkeit Einigkeit darüber, dass gerade durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der damit verbundenen Sicherheitsinfrastruktur Gesundheitsdaten sicherer werden als bisher. Die Entwicklung der technischen Umsetzungen zur Sicherung des Datenschutzes erfolgt dabei in enger Abstimmung mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) sowie dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI). Insgesamt wird der Aufbau einer Telematikinfrastruktur damit neben der Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität sowohl aus finanzieller als auch aus datenschutzrechtlicher Perspektive zu Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung beitragen.

2. Resultiert aus dem Gebrauch der eGK ein erhöhter bürokratischer Aufwand, insbesondere auch beim Einlesen der Karte in Arztpraxen, Apotheken usw. sowie bei der Anwendung der PIN (bitte begründen)?

Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte werden sich Prozesse verändern. Dies wird dazu führen, dass der Bürokratieaufwand insgesamt reduziert wird. So wird es z. B. durch die Etablierung eines modernen Versichertenstammdatendienstes möglich sein, Karten online zu aktualisieren, bei denen vorher ein Austausch der Karte durchgeführt werden musste. Die Verständigung auf Schnittstellen und Formate wird dazu führen, dass Daten automatisiert übertragen werden können, die zuvor manuell bearbeitet werden mussten.

Die PIN-Eingabe ist das Instrument, mit dem Patienten ihre Entscheidungsfreiheit zur Nutzung des medizinischen Teils der elektronischen Gesundheitskarte technisch ausüben können. Die Anwendung einer PIN ist als technische Maßnahme zur Sicherung der Daten vor Missbrauch erforderlich (Zugriffsschutz und individuelle Verschlüsselung) und wird vom BfDI befürwortet. PIN-Verfahren haben sich auch in anderen Bereichen, wie z. B. beim Geldverkehr, als Standardverfahren bewährt. Der mit der PIN-Eingabe verbundene Aufwand kann durch Optimierung der Ablaufprozesse minimiert werden. Im Hinblick auf den notwendigen Schutz der sensiblen medizinischen Daten ist ein verbleibender administrativer Aufwand, der durch die schnellere und qualitativ bessere Verfügbarkeit von für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten kompensiert wird, absolut vertretbar. Die Notfalldaten, die auf Wunsch des Versicherten auf die elektronische Gesundheitskarte aufgenommen werden können, sind mit Einsatz eines Heilberufsausweises ohne PIN lesbar.

3. Hat seit der letzten Bundestagswahl eine eingehende Prüfung durch unabhängige Sachverständige dahingehend stattgefunden, ob moderne alternative Speicherungsmöglichkeiten, wie z. B. die Speicherung auf der Gesundheitskarte selbst oder auf so genannten USB-Sticks, praktikabler und sinnvoller sind als eine Speicherung auf zentralen Servern?

Welche Ergebnisse hat die Überprüfung ergeben, und wer waren die unabhängigen Sachverständigen?

Eine Speicherung aller medizinischen Daten eines Patienten auf zentralen Servern war nie vorgesehen und wird es nicht geben. Unabhängig vom gewählten Speichermedium muss eine mittels der elektronischen Gesundheitskarte durchgeführte Speicherung sensibler medizinischer Versichertendaten verschlüsselt und mit den vorgeschriebenen Sicherheitsmaßnahmen erfolgen.

Zur Frage der Möglichkeit der Speicherung medizinischer Daten auf einem USB-Stick hat die Gematik im Frühjahr 2009 im Auftrag ihrer Gesellschafter

gemeinsam mit dem Fraunhofer Institut für offene Kommunikationstechnik (FOKUS) eine konzeptionelle Studie zur Durchführung technik- und ergebnisoffener Tests von Speichermedien in der Hand von Versicherten als ergänzende Alternative zur dezentralen, serverbasierter Speicherung von Daten in der Telematikinfrastruktur durchgeführt. Auf dieser Grundlage haben sich die Gesellschafter der gematik Mitte 2009 darauf verständigt, bei den Tests für den weiteren Aufbau der Telematikinfrastruktur ebenfalls die Möglichkeit der Nutzung dezentraler Speichermedien, wie z. B. sicherer USB-Sticks, einzubeziehen. Die Ergebnisse der Studie sind auf der Website der gematik abrufbar unter: www.gematik.de/cms/media/dokumente/pressematerialien/dokumente_1/Untersuchung_Dezentrale_Speichermedien.pdf. Die Bundesregierung geht davon aus, dass es bei der weiteren Ausgestaltung dezentraler Speichermedien unterschiedliche Angebote für die Versicherten geben wird. Um dies zu unterstützen, hat sie in der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ausdrücklich geregelt, dass auch mobile serverunabhängige Speichermedien technikoffen zu testen sind. Darüber hinaus fördert sie ein Forschungsprojekt zur elektronischen Patientenakte, in dem datenschutzkonforme Lösungen zu dieser Aufgabenstellung entwickelt und erprobt werden sollen.

4. Welcher Funktionsumfang ist bislang für die eGK beschlossen?

Welche dieser Funktionen kommen neu hinzu?

Die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte sind gesetzlich geregelt (§ 291a Absatz 2 SGB V). Nach den Beschlüssen der Selbstverwaltung nach der Bestandsaufnahme sollen sich die Arbeiten zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zunächst auf einen modernen und sicheren Versichertenstammdatendienst sowie die Aufnahme von Notfalldaten konzentrieren. Diese Funktionen wurden bereits in Testverfahren einbezogen.

Darüber hinaus wurden die adressierte Online-Kommunikation zwischen Leistungserbringern und das Projekt „Zugang/Migration von Gesundheitsdatendiensten als Mehrwertfachdienste in die Telematikinfrastruktur am Beispiel der elektronischen Fallakte“ als weitere prioritäre Anwendungsprojekte beschlossen.

5. Hat es seit der letzten Bundestagswahl außer der gematik-Bestandsaufnahme noch eine unabhängige Bestandsaufnahme gegeben, und wenn ja, wer war an der Bestandsaufnahme beteiligt?

Welche unabhängigen Experten wurden gefragt, wo können die Aussagen dieser Experten nachvollzogen werden, und wie bewertet die Bundesregierung die Ergebnisse der Bestandsaufnahme?

Wenn nein, warum nicht?

Die Gesellschaft für Telematik und die Organisationen der Selbstverwaltung befassen sich intensiv mit dem Aufbau der Telematikinfrastruktur in Deutschland. Sie haben ausreichende Kenntnisse über das Gesundheitsversorgungssystem und die dort verwendeten sowie zu planenden Informations- und Kommunikationstechnologien. Deshalb war es richtig, die Bestandsaufnahme durch die Organisationen der Selbstverwaltung durchführen zu lassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Prozess eng begleitet und moderiert.

6. Warum wurde die vom Bundesministerium für Gesundheit initiierte Bestandsaufnahme durch die gematik und nicht durch das Bundesministerium abgeschlossen?

Auf welche Bedenken von Kritikern der aktuellen eGK-Konzeption (siehe z. B. Antrag der Fraktion der FDP von 2008) wurde genauer eingegangen?

Siehe die Antwort zu Frage 5. Im Vordergrund der Bestandsaufnahme standen insbesondere Fragen der Praxistauglichkeit, der Datensicherheit sowie der Projektorganisation. Die Ergebnisse der Testphase wurden berücksichtigt.

7. Welche Ergebnisse hat die gematik-Bestandsaufnahme erbracht?

Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung daraus?

Siehe die Antwort zu Frage 4. Zusätzlich wurden für die Testvorhaben eine Aufgabenteilung und eine neue Projektstruktur vereinbart. Diese zielt darauf ab, dass die jeweils fachlich primär betroffenen Gesellschafter die entsprechenden Anwendungen verantwortlich bearbeiten. Darüber hinaus wurde auf Initiative der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Projekt „Zugang/Migration von Gesundheitsdatendiensten als Mehrwertfachdienste in die Telematikinfrastruktur am Beispiel der elektronischen Fallakte“ eingebracht. Das elektronische Rezept sowie die weiteren medizinischen Anwendungen wurden zunächst zurückgestellt, bis praxistaugliche und sichere Lösungen vorgelegt werden. Die Bundesregierung unterstützt diese Entscheidungen der Selbstverwaltung.

8. Welche Praxis-Tests wurden wo mit welchen Ergebnissen durchgeführt, welche vorgesehenen Tests wurden aus welchen Gründen nicht durchgeführt, und inwieweit waren oder sind die betroffenen Patientinnen und Patienten in die Auswertung einbezogen?

Die Praxistests, an denen 190 Ärzte, 115 Apotheken, 11 Krankenhäuser und mehr als 60 000 Versicherte beteiligt waren, fanden in sieben Testregionen statt. 544 Kartenlesegeräte und 264 Konnektoren wurden installiert. Getestet wurden die administrativen Daten sowie das elektronische Rezept und die Notfalldaten.

Die Gesellschafter der gematik haben im März 2008 Booz & Co. zusammen mit der Universität Bayreuth mit der wissenschaftlichen Evaluation der Tests beauftragt. Die Ergebnisse wurden auf der Internetseite der gematik veröffentlicht.

Bei der Evaluation wurden sowohl Aussagen zur Akzeptanz der Testteilnehmer erhoben als auch Prozessmessungen in den einzelnen Anwendungsbereichen vor Ort durchgeführt. Mit über 4 300 Fragebögenrückläufen von Versicherten handelt es sich um eine der bisher größten Versichertenbefragungen zur Gesundheitskarte in Deutschland. Zu den wichtigsten Ergebnissen der wissenschaftlichen Studie zählt die Erkenntnis, dass die Mehrheit aller Befragten die elektronische Gesundheitskarte grundsätzlich für sinnvoll hält. Rund 60 Prozent der befragten Ärzte und Apotheker sehen das Potenzial, das mit dem Aufbau der Telematikinfrastruktur und der elektronischen Gesundheitskarte sowie ihren Anwendungen zusammenhängt und halten die elektronische Gesundheitskarte prinzipiell für sinnvoll. Die grundsätzlich positive Einstellung der Versicherten zur Karte ist mit über 80 Prozent Zustimmung noch größer als bei den Leistungserbringern. Die wissenschaftliche Evaluation bestätigt die Ergebnisse des Zwischenberichts der gematik. Grundsätzlich wird auch die Einführbarkeit der Anwendung Versichertenstammdatendienst bestätigt. Bestätigt wird auch die Erkenntnis aus dem Zwischenbericht, dass die Implementierungen elektronisches Rezept und Notfalldatensatz noch einmal grundlegend überarbeitet werden müssen, um größere Akzeptanz bei den Anwendern zu finden. Diese Ergeb-

nisse sind in die Beschlüsse zur Bestandsaufnahme und die weiteren Arbeiten eingeflossen. Unter anderem wurde das Konzept der Notfalldaten von der Bundesärztekammer überarbeitet und das elektronische Rezept zunächst zurückgestellt. Darüber hinaus sind Vertreter der Patientinnen und Patienten auch im Beirat der gematik vertreten.

9. Sind weitere Tests geplant?

Falls ja, was wird getestet, wie viele Menschen werden teilnehmen, wann werden sie starten, und wie viel werden sie kosten?

Wer wird die Kosten tragen?

Es sind weitere Tests geplant. Denn nach wie vor gilt die Maxime, dass alle Anwendungen ihre Funktionalität, Sicherheit und Praxistauglichkeit in Tests nachweisen müssen, bevor sie flächendeckend eingeführt werden. Die im Rahmen der Bestandsaufnahme festgelegten prioritären Anwendungen werden auf Basis der im Januar 2011 an die Ergebnisse der Bestandsaufnahme angepassten Rechtsverordnung für die Testmaßnahmen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte getestet. Die Rechtsverordnung sieht auch vor, dass zur Sicherung der Praxistauglichkeit der Anwendungen in den Testregionen Beiräte auch unter Beteiligung von Patientinnen und Patienten eingerichtet werden können. Zuständig für die Organisation und Durchführung der Testphase ist die gematik. Diese hat auch die Kosten der Testverfahren zu tragen.

10. Welche Konsequenzen haben gegebenenfalls negative Testergebnisse angesichts der Tatsache, dass dann viele Versicherte mit den neuen Karten und viele Praxen mit entsprechender Technologie ausgestattet wurden?

Auf der Basis der bisherigen Testergebnisse wird eine elektronische Gesundheitskarte mit Bild eingeführt, die die Funktionen der bisherigen Krankenversicherungskarte übernehmen wird und die bereits technisch geeignet ist, weitere Anwendungen aufzunehmen, wenn sich diese in den Testverfahren bewährt haben. Sowohl die über einen Mikroprozessor verfügbaren Gesundheitskarten, als auch die neuen Kartenlesegeräte sind so konzipiert, dass Veränderungen technisch möglich sind, ohne dass die Hardware ausgetauscht werden muss.

11. Welche Ergebnisse haben zu welchen Modifikationen an der ursprünglichen Architektur des eGK-Projekts geführt?

Siehe die Antwort zu Frage 7. Die Testverfahren haben darüber hinaus gezeigt, dass auch hinsichtlich der technischen Realisierung ein stufenweises Vorgehen erforderlich ist. Zudem muss die Praxistauglichkeit bei den weiteren Arbeiten noch intensiver beachtet werden. Die Regelungen der Rechtsverordnung zur Testphase berücksichtigen dies z. B. durch die frühzeitige Einbeziehung der Leistungserbringer und die Einrichtung von Beiräten in den Testregionen.

12. Wie schätzt die Bundesregierung abschließend die Ergebnisse der Tests im Hinblick auf Praktikabilität im Praxisalltag, Sicherheit von Daten und Prozessen sowie technische Stabilität ein?

Wie bereits in den Antworten zu den Fragen 7 und 11 dargestellt, haben die Tests wichtige Erkenntnisse gebracht, die bei den Beschlüssen der Selbstverwaltung im Rahmen der Bestandsaufnahme und für die Weiterführung des Basis-Rollouts berücksichtigt wurden. Alle Anwendungen, die über die jetzigen Funktio-

nen der KVK hinausgehen, werden erneut in die Testung einbezogen. Eine abschließende Einschätzung ist erst nach Durchführung dieser Tests möglich.

13. In welchem Stadium befindet sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Entwicklung der Telematikinfrastruktur, die die Onlineanbindung der eGK sicherstellt?

Dies ist Teil der Pflichten- und Lastenhefte, die derzeit durch die Selbstverwaltung erarbeitet werden.

14. a) Welcher Stand ist nach Kenntnis der Bundesregierung bei der Ausstattung der Leistungserbringer mit Breitbandzugängen zum Internet erreicht, die für eine Nutzung der Onlinefunktionen der eGK zwingende Voraussetzung sind?
b) Welche Entwicklung erwartet die Bundesregierung in dieser Hinsicht in den nächsten Monaten, insbesondere in ländlichen Regionen?

Anfang 2011 betrug die Verfügbarkeit von Anschlüssen mit einer für die prioritären Anwendungen der eGK für ausreichend erachteten Bandbreite von mindestens 1 Megabit pro Sekunde (Mbit/s) im downstream bezogen auf alle bundesdeutschen Haushalte rund 98,5 Prozent. Bandbreiten von 50 Mbit/s und mehr waren bereits für rund 35 Prozent der Haushalte verfügbar.

Aufgrund der aktuell positiven Entwicklung bei der Versorgung ländlicher Gebiete mit Mobilfunk der vierten Generation (LTE) können nach Unternehmensangaben die Lücken bei der Breitbandgrundversorgung (Bandbreiten ≥ 1 Mbit/s) kurzfristig nahezu geschlossen werden. Einen weiteren Beitrag leisten die bereits angestoßenen Fördermaßnahmen sowie – in besonders entlegenen Gebieten – auch Satellitendienste.

15. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die erwarteten Gesamtkosten für die Einführung der eGK nach derzeitigem Stand?

Wie hoch sind direkte Kosten jeweils pro Arztpraxis, Apotheke, sonstige Leistungserbringer, Krankenversicherungen, öffentliche Haushalte und Versicherte?

Für den Aufbau der Telematikinfrastruktur und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gemäß § 291a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sind die Organisationen der Selbstverwaltung zuständig. Da die Ausgestaltung der Telematikinfrastruktur Aufgabe der Selbstverwaltung ist, hängen auch die konkret anfallenden Kosten sowie der konkret anfallende Nutzen der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur in hohem Maße von deren Entscheidungen ab.

16. Wie viel Geld erhalten die verschiedenen Leistungserbringer für die Bereitstellung der notwendigen technischen Infrastruktur von den Krankenkassen?

Wie viel Geld müssen Krankenkassen damit insgesamt für die Einführung der eGK nach derzeitiger Beschlusslage aufwenden?

Die Leistungserbringer erhalten Pauschalen für stationäre und – soweit erforderlich – für mobile Kartenlesegeräte. Die Pauschalen werden von der Selbstverwaltung auf Bundesebene festgelegt.

Die Pauschalen für die Startregion Nordrhein für den ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Bereich betragen für ein stationäres Gerät 430 Euro und 375 Euro für ein mobiles Kartenterminal sowie 215 Euro für die Installation.

Für den bundesweiten Basis-Rollout beträgt die Höhe der Pauschalen für Ärzte und Zahnärzte für ein stationäres Lesegerät 355 Euro und für ein mobiles Lesegerät 280 Euro. Darüber hinaus wird eine Installationspauschale in Höhe von 215 Euro gezahlt. Als Refinanzierungszeitraum wurde der 1. April 2011 bis 30. September 2011 festgelegt.

Für den Krankenhausbereich wurden für ein Kartenterminal pro 25 angefangene Betten eine Pauschale in Höhe von 430 Euro festgelegt sowie eine Installationspauschale in Höhe von 1 500 Euro je Krankenhaus sowie ein Zuschlag in Höhe von 129 Euro je Kartenlesegerät.

Die genauen Ausgaben der Krankenkassen für die elektronischen Gesundheitskarten hängen unter anderem von den Ergebnissen ihrer Ausschreibungsverfahren ab. Diese liegen dem Bundesministerium für Gesundheit nicht vor.

17. Welche Einsparungen und in welcher Höhe sind durch die eGK zu erwarten, wenn es bei den bislang beschlossenen Eigenschaften der Karte bleibt?

Siehe auch die Antwort zu Frage 1. Ferner wird schon von Beginn an die im Basis-Rollout ausgegebene elektronische Gesundheitskarte mit Bild zu Einsparungen aufgrund von Missbrauchsreduzierung beitragen. Darüber hinaus wird es nach der Umsetzung der prioritären Anwendungen weitere nutzbringende Anwendungen geben, die in § 291a SGB V geregelt sind.

18. Wie bewertet die Bundesregierung das Kosten-Nutzen-Verhältnis der eGK angesichts der Tatsache, dass die meisten der in der genannten Studie als nützlich erachteten Funktionen in absehbarer Zeit nicht zur Anwendung kommen sollen?

Wie bereits in der Antwort zu Frage 11 dargestellt, haben die Testverfahren gezeigt, dass hinsichtlich der technischen Realisierung ein stufenweises Vorgehen erforderlich ist. Es ist nun Aufgabe der Selbstverwaltung, für eine schnelle Realisierung der nutzbringenden Anwendungen zu sorgen.

19. Welche Untersuchungen belegen für die Funktionen, die neu hinzukommen, einen Zusatznutzen?

Wie hoch beziffert die Bundesregierung diesen Zusatznutzen?

Wenn Funktionen neu hinzukommen, müssen diese ihren Nutzen, Sicherheit und Praktikabilität im Testbetrieb zeigen; nur dann werden sie in den Wirkbetrieb überführt werden.

20. Ermöglicht die eGK mit dem derzeit beschlossenen Funktionsumfang sogenannte Mehrwertdienste, also Anwendungen von privaten Drittanbietern außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung?

Falls ja, wie will die Bundesregierung die Sicherheit der Daten gewährleisten, und wie können die Patientinnen und Patienten die Datenweitergabe und ggf. Zweckänderung kontrollieren und verhindern?

Die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte sind grundsätzlich gesetzlich geregelt. Eine Bewertung gesetzlich nicht geregelter Anwendungen

kann erst erfolgen, wenn hierzu konkrete Planungen vorgelegt werden. Für Mehrwertanwendungen im Zusammenhang mit der elektronischen Gesundheitskarte gilt, dass sie die gesetzlich geregelten Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit erfüllen müssen.

21. Wie genau soll die sichere Arzt-zu-Arzt-Kommunikation funktionieren?

Die sichere Arzt-zu-Arzt-Kommunikation ist Teil der Pflichten- und Lastenhefte, die derzeit durch die Selbstverwaltung erarbeitet werden.

22. Wie bewertet die Bundesregierung die von der gematik am 25. März 2011 beschlossenen Lasten-Hefte für die Anforderungen an die Nutzung und technische Infrastruktur für die eGK?

Wann werden die entsprechenden Pflichten-Hefte folgen?

Die Bundesregierung sieht in den beschlossenen Lastenheften einen wichtigen Zwischenschritt, um die weiteren Testverfahren vorzubereiten. Zu einzelnen Punkten, insbesondere zu Fragen des Datenschutzes und der Datensicherheit, wird es noch Erörterungen des Bundesministeriums für Gesundheit mit den Beteiligten sowie dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit geben.

23. Welche Möglichkeiten haben die Patientinnen und Patienten, die geplante Onlinekommunikation zwischen Leistungserbringern einzugrenzen oder zu unterbinden, und in welcher Form werden die Patientinnen und Patienten darüber informiert?

Grundsätzlich haben die Patientinnen und Patienten bei der von der Ärzteschaft geplanten und bereits jetzt teilweise erfolgenden Online-Kommunikation die gleichen Rechte, wie bei einer papiergebundenen Kommunikation. Die Übermittlung von Patientendaten ist nur zulässig, wenn sie entweder durch eine gesetzliche Vorschrift, durch die Einwilligung des Patienten oder durch einen besonderen Rechtfertigungsgrund legitimiert ist; andernfalls läuft der Arzt Gefahr, die ärztliche Schweigepflicht (§ 203 StGB in Verbindung mit § 9 MBO) zu verletzen. Dies gilt grundsätzlich auch bei der elektronischen Übermittlung von Daten von Arzt zu Arzt.

24. Wie lange werden technische Doppelstrukturen bei den Leistungserbringern notwendig sein?

Wie viele Mehrkosten entstehen hier durch bürokratischen Mehraufwand?

Ob und wie lange es möglicherweise Doppelstrukturen geben wird, hängt von den noch zu treffenden Entscheidungen der Selbstverwaltung ab.

25. Welche weiteren Dienste sollen bis wann nutzbar sein, und welche Voraussetzungen müssen dafür noch geschaffen werden?

Die für die Beantwortung dieser Frage erforderlichen Entscheidungen müssen von der Selbstverwaltung noch getroffen werden.

26. Wurde auf Grundlage der Empfehlungen des Gutachtens der Arbeitsgruppe 7 „Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) und Gesundheit“ vom 20. November 2008, in dem Umsetzungsempfehlungen für die Nutzung von Mehrwertanwendungen auf Basis der gemäß § 291a SGB V aufgebauten Telematikinfrastruktur gegeben wurden, eine arbeitsfähige Struktur gebildet, die das Ziel verfolgt, in Zusammenarbeit von Vertretern der Selbstverwaltung und Anbietern möglicher Dienstleistungen die Realisierung von Mehrwertdiensten in einem abgestimmten Prozess zu entwickeln?
- a) Wenn ja, wann geschah dies, wer war daran genau beteiligt, und welches Ergebnis war zu verzeichnen?
- b) Wenn nein, warum nicht?

Mit der Mitte des Jahres 2010 vom Bundesministerium für Gesundheit gegründeten eHealth-Initiative, die von allen Organisationen der Selbstverwaltung und den maßgeblichen Unternehmensverbänden getragen wird, wurden die Empfehlungen der Arbeitsgruppe 7 aufgegriffen und in eine arbeitsfähige Struktur überführt. Im Rahmen der eHealth-Initiative wurde ein Maßnahmenportfolio erarbeitet, mit dem die Entwicklung und Implementierung von eHealth-Anwendungen in die Regelversorgung katalysiert, strukturiert und beschleunigt werden soll. Die Träger der „eHealth-Initiative“ haben sich Ende 2010 auf ein Maßnahmenpaket verständigt, um zu ermöglichen, dass zukünftig Anwendungen der Telemedizin besser flächendeckend realisiert werden können und um damit nachhaltige Beiträge zur Bewältigung der demographischen Herausforderungen leisten zu können. Die Umsetzungsarbeiten wurden im Jahr 2011 aufgenommen. Das Maßnahmenpaket umfasst den Aufbau von Informations- und Serviceangeboten, mit denen der jeweilige Informations- und Regelungsbedarf von Kooperations-, Vertragspartnern und Unternehmen gedeckt werden kann. Zudem sollen Vorgaben zur Nutzung medizinischer und technischer Standards erarbeitet werden, die für die Realisierung von Anwendungen der Telemedizin notwendig sind. Außerdem ist es Ziel, im Rahmen der eHealth-Initiative einen Orientierungsrahmen für medizinische und datentechnische Umsetzungen zu entwickeln, der es regionalen Kooperations- und Vertragspartnern erleichtern soll, Anwendungen der Telemedizin in Behandlungsabläufe und Versorgungsverträge zu integrieren.

27. Wann wird voraussichtlich das elektronische Rezept umgesetzt sein, und aus welchen Gründen wurde es immer wieder verschoben?

Die Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer Form ist eine der in § 291a SGB V geregelten Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte. Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Bestandsaufnahme der bisherigen Arbeiten zur Gesundheitskarte hat auf Basis der Erfahrungen aus Tests zum elektronischen Rezept unter anderem zu dem Ergebnis geführt, dass die Umsetzung elektronischer Verordnungen so lange zurückgestellt wird, bis praktikable und datenschutzrechtlich sichere Lösungen entwickelt worden sind. Die hierzu erforderlichen Entscheidungen der Selbstverwaltung, wann das Rezept erneut getestet und eingeführt werden soll, sind nach Vorlage der entsprechenden Lösungsansätze zu treffen.

28. Teilt die Bundesregierung die Auffassung von BITKOM – Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V. (DIE WELT vom 29. März 2011), dass dadurch den Ärzten jährlich 500 Mio. Euro an Einsparungen entgehen (bitte begründen)?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich diese Aussage auf eine Studie bezieht, die sich mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und

der Reduzierung von – vermeidbaren – unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE) befasst. Eine Aussage, wonach den Ärzten jährlich 500 Mio. Euro an Einsparungen entgehen, kann die Bundesregierung nicht bestätigen. Jedoch führen ungenügend kontrollierte Risiken des Prozesses der Arzneimitteltherapie nach Untersuchungsergebnissen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in relevantem Umfang zu vermeidbarer Morbidität und Mortalität sowie zu erheblichen Kosten im Gesundheitswesen. Daher arbeitet die Bundesregierung zusammen mit der Ärzteschaft, der Apothekerschaft und anderen am nationalen Gesundheitswesen Beteiligten unter anderem im Rahmen des Aktionsplans zur Verbesserung der AMTS daran, diesbezüglich notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der AMTS zu identifizieren und umzusetzen. Unter anderem soll zur Schaffung von mehr Transparenz im Hinblick auf die von den Patientinnen und Patienten eingenommenen Arzneimittel eine Struktur für einen individuellen Medikationsplan erarbeitet werden.

Die mittels Informations- und Kommunikationstechnologien unterstützte Bereitstellung relevanter Informationen zu Arzneimitteln und zu individuellen Versichertenrisiken stellt hierbei eine sinnvolle und notwendige Maßnahme dar, um die Sicherheit der Arzneimitteltherapie zu verbessern. Ziel der Bundesregierung ist es, diesen Prozess auch mittels der elektronischen Gesundheitskarte zu unterstützen und die Möglichkeit zu schaffen, relevante Daten der Versicherten für eine IT-unterstützte Prüfung der AMTS beim Arzt oder der Ärztin und in der Apotheke verfügbar zu machen. Inwieweit dies auch unabhängig von der Einführung des elektronischen Rezeptes erfolgen kann, soll hierbei ebenfalls geprüft werden.

29. Aus welchen Gründen und bis wann verzögert sich der elektronische Arztbrief?

Die adressierte Onlinekommunikation der Leistungserbringer gehört zu den prioritären Anwendungen, für die derzeit von der Selbstverwaltung Lasten- und Pflichtenhefte erarbeitet werden. Ein elektronischer Arztbrief im Sinne eines Informationsaustausches zwischen Ärzten ist Bestandteil dieser Anwendung.

30. Welche Daten enthält nach bisheriger Planung der sogenannte Notfalldatensatz?

Sollen die Daten, wie am 15. April 2011 vom Deutschen Ärzteblatt berichtet, im Klartext auf der Karte gespeichert werden?

Falls ja, wie will die Bunderegierung den Zugriff Unbefugter verhindern?

Im Zuge der Umsetzung der Ergebnisse der Bestandsaufnahme wurde die Bundesärztekammer von den Gesellschaftern der gematik mit der Erarbeitung des Notfalldatensatzes für die elektronische Gesundheitskarte und der Projektleitung zur Umsetzung des Notfalldatenmanagements beauftragt. Das von der Bundesärztekammer hierzu erarbeitete Arbeitskonzept zum Notfalldatenmanagement, in welchem sowohl der Inhalt als auch die Struktur des künftigen Notfalldatensatzes dargestellt sind, ist auf folgender Website der Bundesärztekammer veröffentlicht: www.bundesaerztekammer.de/downloads/Notfalldatenmanagement_Arbeitskonzept.pdf.

Dieses Konzept sieht unter anderem Datenfelder zur Dokumentation von Diagnosen, notfallrelevanten Medikamenten sowie Allergien und Unverträglichkeiten des Versicherten vor. Neben den medizinischen Notfalldaten sollen auch Angaben des Patienten zum Aufbewahrungsort einer möglichen Organspendeerklärung, Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht gespeichert werden können.

Für die Dokumentation der Diagnosen sollen neben dem Diagnosecodiersystem der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) auch der mit der Codierung verbundene Diagnose-text genutzt werden. Dies dient zum einen der Erhöhung der Dokumentations-sicherheit. Zum anderen kann so sichergestellt werden, dass dem Zugriffsberechtigten im Notfall relevante Informationen zum Patienten ohne zusätzliche Klassifikationstabellen verfügbar sind.

Die Sicherheit der medizinischen Daten der Versicherten vor unbefugten Zugriffen Dritter hat bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte einen zentralen Stellenwert. Der Zugriff auf die notfallrelevanten Daten der elektronischen Gesundheitskarte unterliegt einer auf Kryptoalgorithmen basierenden „rollenbasierten Zugangskontrolle“, das heißt er wird dadurch geschützt, dass durch technische Vorkehrungen sichergestellt wird, dass nur die in § 291a SGB V aufgeführten Personen zugreifen können, wenn sie sich gegenüber der Gesundheitskarte des Versicherten mit einem entsprechenden Heilberufsausweis authentifizieren, der über die erforderlichen technischen Zugangsschlüssel und Zertifikate verfügt. Die letzten 50 Zugriffe werden auf der Gesundheitskarte protokolliert, so dass der Versicherte die Zugriffe anschließend nachvollziehen kann.

31. Aus welchen Gründen hält die Bundesregierung an der Einführung eines erwiesenermaßen unausgereiften und von Anfang an umstrittenen Großprojekts fest?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass der Aufbau einer Telematikinfrastruktur in einem immer spezialisierteren Gesundheitssystem erforderlich ist, um Lösungen für die gesundheitspolitischen Herausforderungen zu finden. Hierüber besteht Einigkeit bei Politik, Selbstverwaltung und Wissenschaft. Dies betrifft die Betreuung und Therapie chronisch kranker Menschen, die Finanzierbarkeit des Systems in einer alternden Gesellschaft und die Verbesserung der Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum. Durch den von einer Telematikinfrastruktur unterstützten sicheren und praktikablen Informationsaustausch werden die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung verbessert sowie der Datenschutz, die Datensicherheit und die Patientenautonomie gestärkt.

32. Welche Ursachen haben nach Ansicht der Bundesregierung die anhaltenden technischen Probleme dieses Projekts, dessen ursprünglicher Start schon 2006 sein sollte, und sieht die Bundesregierung in der eGK immer noch ein ökonomisches Erfolgsmodell?

Die schnelle und sichere Verfügbarkeit behandlungsrelevanter Informationen, die Optimierung von administrativen Prozessen und die Missbrauchsbekämpfung sind die wesentlichen Erfolgsfaktoren bei der Einführung der Telematikinfrastruktur und der elektronischen Gesundheitskarte. Eine Kommunikationsinfrastruktur im Gesundheitswesen aufzubauen, ist ein sehr komplexes Projekt. Das liegt nicht nur an der Technik, die entwickelt wird, sondern sehr wesentlich auch an den unterschiedlichen Interessen der Beteiligten, denen die Technik dienen soll. Die Bestandsaufnahme war notwendig, um die Komplexität im ersten Schritt der Einführung zu reduzieren und eine effizientere Projektorganisation zu etablieren, bei der Entscheidungen schneller getroffen werden können.

Als Ergebnis der Bestandsaufnahme hat die Selbstverwaltung die organisatorischen Voraussetzungen für die erfolgreiche Einführung einer Telematikinfrastruktur geschaffen, die durch entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen flankiert werden. Es liegt nun an der Selbstverwaltung, die neuen Strukturen effektiv zu nutzen.

