

Mag. Klaus Schindelwig, MSc.
Dr. Georg Lechleitner

Innsbruck: 9.3.2011

Stellungnahme zum Bundesgesetz betreffend Datensicherheitsmaßnahmen bei der Verwendung elektronischer Gesundheitsdaten (Gesundheitstelematikgesetz 2011 – GTelG 2011)

1.) Grundsätzliche Positionierung

Die Tiroler Landeskrankenanstalten (TILAK) unterstützen seit vielen Jahren die Entwicklungen in Bezug auf e-Health und „ELGA“. Die Tilak hat sich an regionalen und nationalen Initiativen von Beginn an beteiligt und diese in konkreten Projekte umgesetzt.

Die TILAK nimmt gemeinsam mit dem Land Tirol an wesentlichen ELGA Pilotprojekten teil: Befundaustausch, e-Medikation, Patientenindex, Standardisierung von Befundformaten, u.a.m.

Diese Vorhaben wurden von der Tilak bislang als Teil der ELGA-Entwicklungen und im Einklang mit den Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission abgestimmt durchgeführt. Dabei wurde darauf geachtet, dass einheitliche Normen und Standards in internationaler Übereinstimmung, wie IHE, für das gesamte Bundesgebiet harmonisiert zur Anwendung gelangen, um Doppelentwicklungen zu vermeiden und die Systeme kompatibel zueinander zu gestalten.

Auch die Fortschritte, die Österreich auf diesem Gebiet erzielt hat, begründen sich zu einem guten Teil auf der kooperativen Vorgehensweise aller wesentlichen Partner im Gesundheitswesen, insbesondere dem Bund, der Länder, der Ärztekammer der Apothekerkammer, der Krankenanstalten und der Patientenvertretung.

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf wird von dieser bewährten Vorgehensweise abgegangen und eine einseitige, in den Details noch völlig offene gesetzliche Regelung vorgelegt, die mit etlichen Systempartnern, insbesondere der Ärztekammer und den Krankenanstalten nicht abgestimmt ist.

Es wird bsp. eine Zwangsverpflichtung zur Verwendung von ELGA festgelegt, die aber gleichzeitig wesentliche Fragen offen lässt, wie und wann ELGA wirklich konkret verwendet werden muss. Es wird eine Stärkung der Patientenrechte normiert, jedoch sind die dafür vorgesehenen Regelungen schwer verständlich und technisch bzw. organisatorisch kaum umsetzbar.

ELGA soll nach dem vorliegenden Entwurf zu einer Vernetzung im Gesundheitswesen führen und dadurch eine Effizienzsteigerung bewirken. In der vorgeschlagenen Form, wo Daten aber längstens drei Jahre abrufbar sind und Verweise beliebig gelöscht werden können, ist ELGA aber ein unvollständiges Informationssystem. Es bringt damit voraussichtlich nicht den gewünschten Informationsmehrwert in der Patientenbehandlung, sondern eher eine Verunsicherung bei den Gesundheitsdiensteanbietern, die nicht wissen, ob die ihnen vorliegenden Informationen vollständig sind. Leider fehlt es auch an konkreten Maßnahmen, die Datenmissbrauch effektiv verhindern zu können. Eine durchgängige Protokollierung reicht hierzu sicher nicht aus. Im Gegenteil es wird bereits ein kaum kontrollierbarer internationaler Zugang zu den Daten österreichischer Patienten über den National Contact Point skizziert.

Gesamt betrachtet wird dieser Gesetzesvorschlag als problematisch im Zusammenhang mit der notwendigen breiten Akzeptanz, die ein ELGA-System benötigt, gewertet.

2.) Regelung von ELGA im Rahmen eines Gesundheitstelematikgesetzes

Der Ansatz ELGA innerhalb des Gesundheitstelematikgesetzes zu regeln, ist kompetenzrechtlich kritisch zu sehen, da die Materie von ELGA weit über den Bereich Telematik hinaus reicht.

Laut Eigendefinition ist „ELGA“ *ein Informationssystem, das sektorenübergreifend allen berechtigten ELGA-Gesundheitsdiensteanbietern (Z 10) und ELGA-Teilnehmern/innen ELGA-Gesundheitsdaten (Z 9) in elektronischer Form orts- und zeitunabhängig zur Verfügung stellt.*

Beispielsweise stellt die verpflichtende Verwendung aller ELGA Daten für GDA's nach § 13 Abs. 3 eine Norm dar, die nichts mit einem Telematikgesetz zu tun hat, sondern eine typische Regelungsnorm eines Berufsrechts (ÄrzteG bzw. ApothekerG) oder Organisationsrechts (KAKuG) darstellt. Diesbezüglich ist die kompetenzrechtliche Abgrenzung des Entwurfes zu anderen Regelungsmaterien fraglich.

Zum Vergleich: Das Zustellgesetz, StF: [BGBl. Nr. 200/1982](#), zuletzt geändert durch [BGBl. I Nr. 111/2010](#) regelt auch nicht, wie der Empfänger ein zugestelltes Dokument inhaltlich zu verwenden hat, sondern beschränkt sich darauf, wann ein Dokument als zugestellt gilt.

3.) Nachweis des öffentlichen Interesses

Die Aufzählungen der Gründe für ein öffentliches Interesse laut § 13 des Entwurfes sind nicht ausreichend für die Begründung eines öffentlichen Interesses, da die aufgezählten Gründe nicht belegt sind, sondern Allgemeinaussagen darstellen, die Erwartungshaltungen beschreiben, die aber nicht eintreten müssen. Dies reicht aber nicht aus, um ein öffentliches Interesse, welches den Geheimhaltungsanspruch an sensiblen Daten überwiegen muss, zu belegen. Damit ist aber die Gefahr verbunden, dass die Gültigkeit des Gesetzes wegen Verfassungswidrigkeit im Verhältnis zum Grundrecht auf Datenschutz aufgehoben wird.

Es darf angemerkt werden, dass Formulierungen, wie z.B. *der Zusammenhang zwischen ELGA und der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung sowie der Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit* gestrichen werden sollten, da sie mit ELGA eigentlich keinen oder nur einen geringen Zusammenhang aufweisen.

4.) Gewählte Vorgehensweise bei der Gesetzesgestaltung

In einem Kooperationsprojekt ist immer die Erwartungshaltung verbunden, dass die wesentlichen Bestandteile des Projektes gemeinsam erarbeitet bzw. zumindest abgestimmt werden.

Beim vorgelegten Gesetzesentwurf ist dies nicht erfolgt. Die Länder, als ELGA Partner waren nicht in den Gesetzgebungsprozess eingebunden, ebenso nicht die Krankenanstaltenträger und die Ärztevertreter.

Dies hat unter anderem dazu geführt, dass die Länder bislang keine Information zum GTelG 2011 hatten und ihre Investitionen auf den Stand der gemeinsamen Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission aus dem Jahr 2008 getätigt haben.

Umso mehr überrascht es, dass mit dem Gesetzesentwurf unabgestimmte Neuregelungen dieser Materie getroffen wurden wie beispielsweise die Löschung der Verweise nach 3 Jahren.

Auch aus Seiten des Akzeptanzmanagements wäre eine Abstimmung im Vorfeld sinnvoll gewesen, denn durch eine einseitige Vorgehensweise und durch den Ausschluss jeder Diskussion zu den Neuregelungen wird wohl kaum Zustimmung erreicht.

5.) Richtiger Zeitpunkt für die Einführung:

Vor in Kraft Setzen eines Gesetzes sollte sicher gestellt sein, dass die Umsetzbarkeit gegeben ist und dass die wesentlichen Elemente zur Umsetzung nachvollziehbar und verständlich geregelt sind. Auch der Interpretationsspielraum sollte nicht zu weit gefasst sein, wenn eine konkrete Umsetzung vorgeschrieben wird. Weiters sollte eine Kosten Nutzen Analyse vorliegen, die die Auswirkungen des Gesetzes für alle Beteiligten in finanzielle und arbeitstechnischer Hinsicht beschreibt.

Aus dem vorliegenden Entwurf ist nicht ersichtlich wie ELGA tatsächlich gestaltet ist. Weder das Berechtigungssystem nach § 20, noch die Speicherung von ELGA-Gesundheitsdaten nach § 19 geben Auskunft, wie diese essentiellen Bestandteile von ELGA konkret geregelt sind. Derart zentrale inhaltliche Bestandteile sollten aber aus dem Gesetz eindeutig hervorgehen und auch nicht über eine an vielen Stellen des Gesetzes vorgesehene Verordnungsermächtigung des Bundesminister für Gesundheit geregelt werden.

Da wesentliche Elemente für die Umsetzung der ELGA noch fehlen, wird seitens der TILAK die gesetzliche Verankerung von ELGA in dieser Form als verfrüht angesehen. Erst nach partnerschaftlicher Entwicklung der konkreten Regeln sollte eine gesetzliche Verankerung erfolgen.

Die Kosten für Ärzte und Krankenanstalten wurden nicht ermittelt, die volkswirtschaftlichen Kosten fehlen, ebenso eine realistische Kosten-Nutzenanalyse.

6.) Verständlichkeit des Gesetzesentwurfes für die Bürger

Von einem Gesetz, welches die sensiblen Gesundheitsdaten aller österreichischen Bürger regelt und somit tief in einen verfassungsrechtlich geschützten Bereich eingreift, darf erwartet werden, dass aus Sicht der betroffenen Bürger die Regelungen klar verständlich sind. Und hierbei ist die Textierung des Gesetzes vor allem an diejenigen Bürger, welche am meisten davon betroffen sein werden, nämlich chronisch kranke, oft ältere Patienten, auszurichten.

Der vorliegende Entwurf entspricht nicht diesem Erfordernis. Für viele Passagen braucht es Expertenwissen, um zu verstehen was damit gemeint ist.

Beispiel Widerspruchsregelung: Der Bürger muss, um einen Widerspruch tätigen zu können, zunächst herausfinden, wo die Widerspruchsstelle eingerichtet ist, und dann den Widerspruch so tätigen, dass sowohl die eindeutige Identität (§ 2 Z 2 E-GovG = *“eindeutige Identität“: die Bezeichnung der Nämlichkeit eines Betroffenen (Z 7) durch ein oder mehrere Merkmale, wodurch die unverwechselbare Unterscheidung von allen anderen bewirkt wird;*) der Person, die nicht an ELGA teilnehmen möchte, als auch die Authentizität der Mitteilung geprüft werden können.

7.) Kosten, die durch das Gesetz entstehen

Im Gesetz finden sich eine Vielzahl an versteckten Kostentreibern, die in den Erläuterungen nicht bewertet werden.

Es werden nicht die Kosten der GDA angeführt, die entstehen, wenn sich ein GDA an ELGA anschließen will. Diese Adaptierungskosten werden aber einen wesentlichen Teil der ELGA Kosten ausmachen.

Weiters wird in der Kostenschätzung auch nicht darauf Rücksicht genommen, welche Kosten durch die Verpflichtungen entstehen, dass jeder GDA nach § 13 die verfügbaren ELGA Daten verwenden muss. (Würde beispielsweise bedeuten, dass ein niedergelassener Arzt bei jedem Patienten die ELGA Daten anschauen muss. Und zwar auch dann, wenn er nur ein Grippemittel verschreibt)

Gefordert wird diesbezüglich eine reale Kostenschätzung für die Errichtung des ELGA Systems und den Betrieb des ELGA Systems und zwar aus Sicht aller Projektbeteiligten, insbesondere aber für die Gesundheitsdiensteanbieter.

So sind beispielsweise die Adaptierungskosten zur Anpassung an die durch Verordnung verpflichtenden Standards auszuweisen und zwar für alle GDA's. Es sind aber auch die zu erwartenden jährlichen Betriebskosten für die GDA's getrennt nach technischen Infrastrukturkosten und Aufwandskosten (Arbeitszeit) auszuweisen.

Wenn dies erfolgt ist, kann auch eine realistische Kosten Nutzen Analyse erstellt werden.

Zudem sollten alle Systemkomponenten in die Kostenanalyse mit aufgenommen werden.

Beispiel: Da für alle Bürger über das Gesundheitsportal die Möglichkeit geschaffen werden soll, Einsicht in Ihre Daten zu nehmen und die Zugriffsberechtigungen zu pflegen, ist davon auszugehen, dass für mehr als 8 Mio. Bürger das Portal für diese Funktionalität ausgerüstet wird.

Rechnet man nun für den Betrieb der Berechtigungsverwaltung (Hotline, technische Infrastruktur, ...) die Kosten mit 5 € pro Bürger pro Jahr, ergeben sich daraus alleine 40 Mio Euro pro Jahr an Kosten.

Dabei wurde mit 5 € noch ein sehr niedriger Wert angesetzt. Zum Vergleich kostet das Führen einer Gesundheitsakte bei einem privaten Anbieter in Deutschland 60 € pro Jahr.

8.) Reduktion der ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter

Nachdem über ELGA das Schnitt- und das sogenannte Nahtstellenmanagement verbessert werden soll, ist es verwunderlich, warum Pflegeeinrichtungen nicht als ELGA-GDA aufscheinen. 2005 wurde im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes der Datenfluss zwischen Krankenhäusern und nachgelagerten Betreuungseinrichtungen richtigerweise focussiert und ein beträchtliches Verbesserungspotential in diesem Bereich geortet.

Gerade hier wäre es aber wichtig geordnet Informationen abrufen zu können. Gleiches gilt für andere weiterbehandelnde Einrichtungen. (Physiotherapie,...)

9.) Sicherheitsrisiko – Verhältnismäßigkeit nach § 14 DSGVO nicht gegeben

Trotz vielfachem Hinweis, dass es in einem System, wo die sensiblen Gesundheitsdaten aller Österreicher abrufbar sein sollen, es **vor** Abruf der Daten einer Kontrolle bedarf, ist dem vorliegenden Gesetzesentwurf kein Sicherheitsmechanismus zu entnehmen, der verhindert, dass ein Systemteilnehmer beliebig viele Patientendaten missbräuchlich abrufen kann.

Damit entspricht der vorliegende Gesetzesentwurf aber nicht den Sicherheitsanforderungen nach § 14 DSGVO, wo vorgeschrieben ist, dass entsprechend der Sensibilität der Daten Sicherheitsvorkehrungen zu treffen sind, die ein entsprechendes Sicherheitsniveau gewährleisten.

Eine Protokollierung der Abfragen ohne eine Vorabkontrolle als Sicherheitsmaßnahme ist nicht ausreichend, um solch ein Sicherheitsniveau zu erreichen, denn protokollieren bedeutet nur aufzeichnen, aber nicht verhindern von Missbrauch!!!

Jedenfalls sollte das Gesetz auf die Fragestellung: „Ob jeder ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter (und das sind viele Tausende!) missbräuchlich unbegrenzt viele sensible Patientendaten abrufen kann, ohne dass dies automatisch verhindert wird?“ eine bessere Antwort liefern, als „Ja dies ist möglich, aber das Abrufen der Daten wird protokolliert.“

Auch haftungsrechtlich ist dieses Thema für die GDA's, die ja richtigerweise als Auftraggeber definiert sind, interessant. Haftet doch in erster Linie immer der Auftraggeber bei einem Datenmissbrauch. Wer haftet also, wenn beispielsweise Daten von Prominenten oder Personen öffentlichen Interesses missbräuchlich abgerufen und veröffentlicht werden und dadurch ein hoher Schaden entsteht, jedoch der abrufende GDA sich ins Ausland abgesetzt hat?

10.) Alternativvorschlag:

Seitens des IT-Forums österreichischer Krankenanstalten wurde in Abstimmung mit der Datenschutzkommission eine Mustermeldung für lokale Gesundheitsnetze erarbeitet und von der österreichischen Datenschutzkommission genehmigt. Dadurch steht eine brauchbare Grundlage für die Gesundheitsdatenvernetzung zur Verfügung, die verständlich formuliert ist und auch vom Sicherheitsniveau § 14 DSGVO entspricht.

Dieses System kann auch als Grundlage für ELGA verwendet werden und sollte auch sukzessive ausgebaut werden.

Der wesentliche Teil dieser DVR Formblatt 2 Mustermeldung lautet:

„Teilnahme am Informationsverbundsystem „Gesundheitsnetz *Bundesland*“

Zweck: Abfrage von Gesundheitsdaten zur Patientenbehandlung mit Zustimmung des Betroffenen, die in der Krankengeschichte hinterlegt ist.

Teilnehmende Auftraggeber im Informationsverbundsystem: Dieses Informationsverbundssystem wird zwischen folgenden Einrichtungen errichtet:

- a) Rechtsträger von Krankenanstalten
- b) Niedergelassene Ärzte
- c) Rechtsträger von Pflegeheimen
- d) Hauskrankenpflege

Systembeschreibung:

Im Informationsverbund werden nur die Filter- und Verweisdaten (- keine Krankengeschichten -) gespeichert, anhand derer jene Dokumente gefunden werden können, die sowohl vom Teilnehmer, also dem Gesundheitsdiensteanbieter (GDA), als auch vom Patienten für die Abfrage im konkreten Behandlungsfall freigegeben sind.

Die Entscheidung darüber, welche Dokumente abgerufen werden können, wird vom Patienten getroffen, wobei folgende Filterkriterien mindestens zur Verfügung stehen:

- Gesundheitsdiensteanbieter (Bezeichnung von GDA-Index übernehmen)
- Zeitliche Einschränkung (Dokumentenerstellungsdatum von/bis)
- Dokumententyp (Mehrfachauswahl möglich)
- Fachrichtungen (Mehrfachauswahl möglich)

Solche Dokumenttypen sind vor allem:

- Entlassungsdokumente (Arztbrief, Pflegebrief)
- Befunde
- Berichte/Protokolle zu Patienten (z.B. OP-Protokoll)
- Medikationsblatt
- Bilder (z.B. Röntgenbilder, Ct-Bilder, Endoskopiebilder)
- Patientenverfügung

Zur Wahrung des Datenschutzes werden neben den allgemeinen Sicherheitsvorkehrungen, wie sie im Formblatt 4 angeführt sind, spezielle Sicherheitsvorkehrungen eingesetzt:

a) Prüfung der physischen Anwesenheit des Patienten:

Daten können aus dem Gesundheitsinformationssystem nur dann abgerufen werden, wenn durch eine automatisationsunterstützte Kontrollroutine nachgewiesen wird, dass der Patient innerhalb der letzten 28 Tage beim abfragenden GDA zu Behandlungszwecken physisch anwesend war.

Ein typischer Sicherheitstest besteht in der Nutzung der e-card, das bedeutet, dass, erst wenn der Patient eindeutig automatisationsgestützt über die e-card identifiziert wurde, eine Abfrage überhaupt möglich ist.

Andere Sicherheitstests müssen vom Sicherheitsniveau gleichwertig zum e-card Sicherheitstest sein.

b) Prüfung, ob gültige Patientenzustimmung zur Abfrage vorliegt:

Vor einer Abfrage muss der GDA das Vorliegen der Zustimmung des Patienten – samt Datum der Zustimmung - im System bestätigen.

Die Zustimmung gilt 28 Tage ab dem Zeitpunkt der Erteilung. Der Patient kann diese Zustimmung jederzeit widerrufen.

Der GDA, bei dem die Daten abgefragt werden, kann jederzeit die Vorlage der Zustimmungserklärung (auf elektronischem Weg) verlangen.

Weiters gelangen folgende Berechtigungsregeln zur Anwendung:

a) Internes Berechtigungssystem

Jeder Teilnehmer hat die Zugriffsmöglichkeiten seiner Mitarbeiter derart zu gestalten, wie es für die übertragenen Aufgaben notwendig ist.

Jeder GDA hat dafür Sorge zu tragen, dass die abgerufenen Daten nur berechtigten Mitarbeitern zur Verfügung stehen und er hat dafür auch die Haftung zu übernehmen. (Organisatorische und technische Sicherheitsmaßnahmen sind von den jeweiligen GDA festzulegen)

b) Behandlungszusammenhang

Ein Zugriff ist nur gestattet, wenn die behandelnde Person in einer für die Behandlung relevanten definierten Beziehung zum Patienten steht (z.B. behandelnder Arzt).

Der Zugriff ist in dem Ausmaß gestattet, wie er für Behandlungszwecke im Rahmen des jeweiligen Aufgabengebietes der jeweiligen Rolle bzw. insbesondere für die Behandlung des Patienten notwendig ist.

c) Patientenidentifikation

Patientendatenabfragen dürfen nur mit eindeutig identifizierten Patienten durchgeführt werden.

d) Sicherheitsvorkehrungen bei der Datenübermittlung

Die Übermittlung erfolgt nach den Vorgaben des Gesundheitstelematikgesetzes, jedoch nicht nach den Übergangsbestimmungen (wie Ausnahmen für Fax,) Es finden nur Übermittlungen in sicheren Netzwerken statt, oder Übermittlungen, die entsprechend verschlüsselt sind und wo die Identität des Absenders und des Empfängers eindeutig sind und dokumentiert werden.

e) Verpflichtende Protokollierung

Aus der Protokollierungsdaten muss eindeutig nachweisbar sein, welche Einzelperson auf welche Daten in welchem Behandlungszusammenhang zugegriffen hat. Aus diesen Daten muss auch die zeitliche Abfolge der Abfragen (Historisierungsfunktion) ersichtlich sein.

Minimaldatensatz:

- o Zeitpunkt des Zugriffes
- o Identifikation des Patienten
- o Namen des Zugreifenden
- o Identifikation des GDA
- o Filterkriterien bei selektierter Abfrage inklusive Ergebnisliste der Abfrage
- o Identifikation der Dokumente, die abgefragt wurden, nicht aber der Dokumentinhalt

Die Aufbewahrungsfrist für die Protokolldateien beträgt mindestens 11 Jahre.

f) Kontrolle

Pro Jahr werden je Teilnehmer im Verhältnis zur Zahl der Zugriffe Zustimmungserklärungen vom Betreiber des Informationsverbundes, der einem anderen Gremium lt. vertraglicher Grundlage anhand der elektronisch hinterlegten Zustimmungserklärungen beim GDA überprüft. Die Zustimmungserklärungen können auch gesichert auf elektronischem Weg übermittelt werden.

g) Teilnahme am Gesundheitsinformationsverbundsystem

Zur Regelung des Informationsverbundes besteht eine eigene vertragliche Grundlage, welche im Anhang beigefügt ist, die insbesondere auch den Haftungsaspekt im Falle eines Missbrauches regelt. Bevor ein GDA diesen Vertrag nicht unterzeichnet hat, kann er am Informationsverbund nicht teilnehmen.

Im Vertrag ist eine Drittbegünstigungsklausel für die Patienten vorgesehen, damit diesem aus dem Datenverbund keinesfalls ein Schaden entsteht.

11.) Zu einzelnen Bestimmungen:

Zu § 9 Abs 4 Z. 4

der Zeitpunkt der Speicherung der Organisationsdaten nachweisbar bleibt und ebenfalls nachträglich nicht spurlos verändert werden kann.

Von der Aufgabenstellung eine Herausforderung für große Krankenanstalten, die diese Systematik erst technisch einrichten müssen, was mit entsprechenden Kosten verbunden ist.

Zu § 9 Abs 4 Z. 6:

Wo sind die Kosten für die Registrierungsstellen gelistet?

Zu § 13 Abs 2

Begriff ist legislativ zu wenig präzise. Welche Standards sind dies konkret? Weitreichende Auswirkungen auf die IT-Systeme, wenn anderer Standard verwendet wird.

Zu § 13 Abs. 5:

Der Zugang zu Gesundheitsdaten ohne individuelle Zustimmung für ganz Europa ist aus Sicht der Datensicherheit und des Verfassungsrechts äußerst problematisch.

Zu § 14 Abs. 2:

Wo ist der medizinische Notfall definiert? Ist für die Umsetzung dieser Bestimmung eine wichtige Voraussetzung.

Zu § 15 Abs 4

Personen, die der Teilnahme an ELGA widersprochen haben, ist ihr Widerspruch zu bestätigen. Alle bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs vorhandenen elektronischen Verweise auf ELGA-Gesundheitsdaten sind unwiderruflich durch den Betreiber des Berechtigungssystems zu löschen. Darüber ist die widerrufende Person aus Anlass ihres Widerspruchs zu informieren. Der gültige Widerspruch ist im Berechtigungssystem (§ 20) zu speichern.

Diese Regelung ist bei hoher Inanspruchnahme, z.B. 5 % der Bevölkerung, ein extremer Kostentreiber durch den damit verbunden Administrationsaufwand. Zudem ist das Löschen von Verweisen im Hinblick auf die Integrität des Systems als äußerst kritisch zu bewerten. Wenn ich nämlich Verweisdaten einfach löschen kann, kann ich das System auch einfach manipulieren! Es ist nicht erkennbar, welche Sicherheitsvorkehrungen für das Löschen von Verweisen vorgesehen sind und wer dazu befugt ist. Auch ist nicht klar wie das Löschen nachvollzogen werden kann.

Zu § 15 Abs 5

Was bedeutet diese Regelung für die gelöschten Verweise? Müssen diese wieder hergestellt werden?

Zu § 16

Auch hier können sehr hohe Aufwendungen bei den Krankenanstalten entstehen. Geschweige denn von den Kosten, diese Funktionalität entwickeln und umsetzen zu lassen.

Zu § 19 Abs. 3

Ein Widerspruchsrecht auf Einzelverweise zu Gesundheitsdaten ist administrativ mit hohen Aufwendungen verbunden. Dies würde in der Praxis bedeuten, dass ein GDA mit jedem Patienten, der dies verlangt, seine Gesundheitsdaten durchgehen und selektieren müsste. Dies ist aber IT-technisch derzeit nur schwer realisierbar, da eine Umsetzung auch bedeuten würde, dass ein GDA die Verweise des Patienten zu einem anderen GDA löschen kann.

Zu § 19 Abs. 5

Die gewählte Dauer von drei Jahren wird als nicht sinnvoll angesehen und ist im Vergleich zu den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinsichtlich Krankengeschichtsdaten zu kurz gegriffen. Auch vom medizinischen Gesichtspunkt ist diese Einschränkung kaum nachvollziehbar. Wieso soll ein Herzinfarkt nach 40 Monaten nicht mehr medizinisch relevant sein? Diese Einschränkung reduziert die Nutzbarkeit von ELGA, weil relevante weiter in der Vergangenheit liegende Gesundheitsinformationen nicht mehr abrufbar sind. Zudem stellt sich die Frage, wie diese relevanten Gesundheitsinformation gefunden und angefordert werden sollen. Auf Papier?

Zu § 20

Sagt nichts über den Inhalt des Berechtigungssystems aus. Keine Kontrollmechanismen, wie etwa die physische Anwesenheitskontrolle werden genannt. Das Berechtigungssystem ist nur vage umschrieben aber nicht definiert. Der Hinweis, dass dies über eine Verordnung erfolgt, die nicht vorliegt, ist wenig zufriedenstellend.

Die generellen Zugriffsregelungen sollten über Gesetz und nicht über Verordnung geregelt werden, da es sich um ein Kernstück von ELGA handelt.

Zu § 20 Abs 2

Nur ein Systemkenner weiß, was sich hinter dieser Formulierung verbirgt. Ein unvoreingenommener Bürger kann sich darunter sicher nichts Konkretes vorstellen, sondern nur Mutmaßungen treffen.

Zu § 22

Wie ist der Zugang zum Portal bzw. zu den eigenen ELGA Daten geregelt. Viel zu wenig detailliert beschrieben!

Die Lesbarkeit dieses Gesetzes leidet stark unter den ständigen Verweisen.