



Österreichischer  
Städtebund

.....  
Rathaus, 1082 Wien  
.....

Telefon +43 (0)1 4000 89980  
Fax +43 (0)1 4000 7135  
post@staedtebund.gv.at  
www.staedtebund.gv.at  
.....

DVR 0656097 | ZVR 776697963  
.....

Unser Zeichen:  
031/238/2011  
.....

bearbeitet von:  
Mag. (FH) Aksakalli/ Klappe: 89975  
.....

elektronisch erreichbar:  
sevim.aksakalli@staedtebund.gv.at  
.....

**Stellungnahme**

An das  
Bundesministerium für  
Gesundheit  
Radetzkystraße 2  
1031 Wien

per E-Mail:  
vera.pribitzer@bmg.gv.at

Wien, am 24. März 2011  
**Bundesgesetz, mit dem ein  
Gesundheitstelematikgesetz 2011  
erlassen wird**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Bezugnehmend auf Ihr Schreiben vom 22. Februar 2011 gibt der Österreichische Städtebund zum Entwurf des Bundesgesetzes, mit dem ein Gesundheitstelematikgesetz 2011 erlassen und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Gentechnikgesetz, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Hebammengesetz, das Medizinische Masseur- und Heilmasseurgesetz und das Strafgesetzbuch, geändert werden (Elektronische Gesundheitsakte-Gesetz-ELGA-G) wird nach Begutachtung und Prüfung folgende Stellungnahme ab:

### Allgemeines, finanzielle Belastungen:

Aus legistischer Sicht ist der Entwurf kritikwürdig, weil er in sich nicht stimmig ist. Ohne nähere Begründung sind einzelne Bereiche überhaupt nicht einbezogen, z.B. Alten- und Pflegeheime, Behinderteneinrichtungen etc.; Einzelaspekte sind als Ausnahmetatbestände vorgesehen, z.B. HIV-Patienten und psychisch Kranke, wofür aber gerade aus medizinischer Sicht ein besonderes Interesse an einer Zusammenschau besteht. Haftungsfragen sind nicht geregelt. Es bleibt also sehr vieles offen und unausgesprochen, so dass es hier noch einmal einer grundsätzlichen Auseinandersetzung und Diskussion mit allen betroffenen Berufsgruppen bedarf, insbesondere mit ÄrztInnen, Krankenanstalten und anderen Betreuungseinrichtungen.

Das GTelG ist derzeit mit so vielen Einschränkungen versehen, dass bisherige Übermittlungswege nicht reduziert werden können, sondern mit ELGA eine zusätzliche Übermittlungsplattform aufgebaut wird. Dementsprechend werden bestehende Kosten nicht reduziert, sondern zusätzliche Betriebskosten für ELGA entstehen. Hier ist die grundsätzliche Kritik anzusetzen, was den wirtschaftlichen Aspekt betrifft. Das GTelG in seiner jetzigen Form wird die Abläufe im Krankenhaus mit zusätzlicher Administration versehen, die vor allem den Aufnahme- und Behandlungsprozess deutlich verlangsamen wird. Um den bestehenden Übermittlungsfluss aufrechterhalten zu können, wird der Einsatz zusätzlichen Personals unumgänglich sein, was zwangsweise wieder zu höheren Kosten führen wird.

Allgemein ist die Lesbarkeit des Gesetzes schlecht, da sehr viele Verweise enthalten sind, die ein ständiges Wechseln und Nachlesen erforderlich machen.

### Zu den einzelnen Bestimmungen:

#### Zu § 2:

§ 2 sieht die Aufnahme von Patientenverfügung und Vorsorgevollmachten in die ELGA Gesundheitsdaten vor. Dies ist zu begrüßen. Es findet sich jedoch kein

Hinweis, wie bzw. wann die diesen beiden zugrunde liegenden Bestimmungen, welche derzeit im ÖGVV (österreichischen zentralen Vertretungsverzeichnis) registriert sind, geändert werden, oder ob z. B. RechtsanwältInnen und NotarInnen direkt in die ELGA-Gesundheitsdaten die Vollmachten und Verfügungen einpflegen. Bei der Auflistung der ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter fehlt der gesamte Sozialbereich, womit die Datenübermittlung an und von nachsorgenden bzw. vorbetreuenden Pflegeeinrichtungen (Seniorenheime etc.) über ELGA ausgeschlossen wird. So stehen z.B. wichtige Patientendaten (Medikation, Pflegeberichte) bei Akuteinlieferungen von PatientInnen aus Pflegeheimen und beim Rücktransfer nicht zeitaktuell zur Verfügung, was zu negativen Auswirkungen führen kann. ChefärztInnen der Sozialversicherungen sind ebenfalls ausgeschlossen. Bei der chefärztlichen Bewilligung von Medikamenten müssen zur Beurteilung Teile der medizinischen Dokumentation übermittelt werden. Mit diesem Ausschluss wird der Zugang für den Chefarzt/die Chefarztin über ELGA unterbunden und das Krankenhaus ist gezwungen, weiter die derzeitige aufwändige Meldeschiene zu verwenden.

Zu § 11:

Es ist vorgesehen, dass eine Evaluierung der Nutzung und der Auswirkungen vom Bundesministerium erfolgen kann. Andererseits ist in Abs. 3 festgehalten, dass der Bericht dem Nationalrat vorgelegt werden muss. Diese beiden Absätze lassen die Interpretation zu, dass, solange das BM keinen Bericht erstellen lassen will, dies auch nicht zu tun ist. Es scheint sinnvoll, eine Frist für eine Erstevaluierung der Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen vorzugeben.

§ 13 Abs. 3:

In diesem Absatz ist die Verpflichtung zur Verwendung von ELGA-Daten bei der Behandlung oder Betreuung enthalten. Solange die Form der Darstellung dieser Daten nicht durch entsprechende Suchfunktionen geregelt ist, wird diese Verpflichtung einen unverhältnismäßig hohen Aufwand für den behandelnden

Arzt/die behandelnde Ärztin erzeugen, für den derzeit nicht ausreichend Zeit zur Verfügung steht. Dies kann wieder nur durch erhöhten Personaleinsatz mit entsprechenden Kostenfolgen ausgeglichen werden. Diese Verpflichtung ist so lange abzulehnen, bis die Befundformate eine strukturierte Suche ermöglichen.

Zu § 14 (4) iVm § 24 (2):

Hier scheint eine genaue Festlegung für AmtsärztInnen für Erhebungen nach dem Epidemiegesetz sinnvoll, denn nach der derzeitigen Formulierung scheint es unklar, wie die Informationen, die im Rahmen des Epidemiegesetzes zu erfolgen haben, von den AmtsärztInnen erhoben werden können, ohne mit den Verwaltungsstrafbedingungen in Konflikt zu geraten. Es wird notwendig sein, dass Einsicht in Krankengeschichten zur genauen Abklärung der epidemiologischen Situation genommen werden muss.

§§ 15, 16:

Das GTelG sieht ein Opt-out-Verfahren, verbunden mit vielfältigen Einschränkungsmöglichkeiten vor. Diese können einerseits mit dem bestehenden Personalstand nicht administriert werden (Dokumentation der Einschränkung, Aufklärung des PatientInnen über die Folgen der Einschränkungen) und darauf ist besonderer Nachdruck zu legen. Es wirft sich die Frage auf, wie sich der Gesetzgeber eine entsprechende Administration vorstellt. Es hat den Anschein, dass dies nicht einmal ansatzweise angedacht wurde. Andererseits stellen allfällige Einschränkungen durch den Patienten/die Patientin eine Beschränkung des nach dem KAG vorgesehenen Rechts des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin auf Einsichtnahme in die vollständige Vorkrankengeschichte dar. Unter diesen Prämissen ist eine Verschlechterung der Behandlungsqualität zu befürchten.

Zu § 17:

Auf die Tatsache, dass die ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter auf die Opt-out-Möglichkeit für die ELGA-TeilnehmerInnen hinweisen müssen, wird in den Erläuterungen besonders Bezug genommen. Dieser Hinweis fehlt jedoch in § 17. Ebenso fehlt der Hinweis auf die Verordnung des BM für die Mindestinhalte der Informationen, die von den ELGAGesundheitsdiensteanbietern in deren Räumlichkeiten angebracht werden müssen.

Zu § 19:

Zu (3):

Es ist jedenfalls ein Hinweis bei den/durch die ELGA-Gesundheitsdiensteanbietern anzubringen, dass bestimmte Daten nur auf Verlangen in die ELGA-Gesundheitsdaten aufgenommen werden und dass ein Widerspruchsrecht besteht. Eine Möglichkeit wäre, dies in die Verordnung des BM nach § 17 aufzunehmen. Mit dem generellen Ausschluss der Speicherung von HIV-Infektionen, psychischen Erkrankungen oder Schwangerschaftsabbrüchen werden dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin wesentliche Informationen vorenthalten, deren Unkenntnis negative Auswirkungen für den Patienten/die Patientin haben können. Bei der Medikation wird damit eine vollständige Interaktionsprüfung verhindert, womit Schäden für PatientInnen die Folge sein können. Außerdem ist nicht nachvollziehbar, wieso nur eine von vielen Infektionskrankheiten von diesem Ausschluss betroffen ist.

Zu (5) und (6):

Hier wird eine höchstzulässige Speicherdauer festgelegt. In den Erläuterungen wird aber sehr wohl darauf hingewiesen, dass es eine z. B. lebenslange Speicherung geben kann. Dies findet sich in dieser Form im Gesetzestext nicht. Hier sind nur Fristen festgeschrieben. Die Begrenzung der Speicherdauer von ELGA-Gesundheitsdaten auf 36 Monate stellt eine wesentliche Einschränkung des Nutzens von ELGA dar und geht in keiner Weise mit den

gesetzlich bestehenden Aufbewahrungspflichten der Krankenakte konform (Krankengeschichten in Krankenanstalten sind 30 Jahre, Befunde in Krankenanstalten 10 Jahre aufzubewahren!). Es gibt eine Menge medizinischer Daten, deren Kenntnis für längere Zeit relevant ist. Diese Einschränkung würde daher ebenfalls zu schlechteren Behandlungsergebnissen oder zu einer aufwändigen Ersatzinformationsbeschaffung führen. Außerdem wird ein wesentliches Argument von ELGA, nämlich der lebenslange PatientInnenakt für den Bürger/ die Bürgerin, unmöglich gemacht.

Wir ersuchen daher dringend unsere Einwände im gegenständlichen Entwurf des Bundesgesetzes zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen



OSR Dr. Thomas Weninger, MLS  
Generalsekretär