

Bundesministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit und
Konsumentenschutz

Rathaus
1082 Wien
Telefon: +43 1 4000 82334
Fax: +43 1 4000 99 82310
post@md-r.wien.gv.at
wien.gv.at

MDR - 1072301-2019-5
Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem
das Gesundheitstelematikgesetz 2012
und das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 37/2018
geändert werden;
Begutachtung;
Stellungnahme

Wien, 16. Jänner 2020

zu BMASGK-72300/0172-VIII/A/4/2019

Zu dem mit Schreiben vom 6. Dezember 2019 übermittelten Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Gesundheitstelematikgesetz 2012 und das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 37/2018 geändert werden, wird wie folgt Stellung genommen:

Allgemeines:

In einem Positionspapier der neun Bundesländer und der Sozialversicherung „Anforderungen an eine Novelle des Gesundheitstelematikgesetzes aus der Praxis“ wurden folgende 12 Forderungen an einen Gesetzentwurf gestellt:

- 1) Streichung des Widerspruchs im Anlassfall, dafür Schaffung der Möglichkeit der Vorab-Sperrung von Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) im ELGA-Portal, um administrative Probleme zu beheben.
- 2) Streichung der aktiven Aufklärungspflichten der Ärztinnen und Ärzte bei stigmatisierenden Erkrankungen (HIV, psychiatrische Erkrankungen, Schwangerschaftsabbrüche, Humangenetik), dafür die aktive Aufklärung für ELGA- Teilnehmer verbessern, um administrative Probleme zu beheben und psychiatrische Erkrankungen nicht zu verschlechtern.
- 3) Darstellung des Opt-out-Status der ELGA-TeilnehmerInnen für die behandelnden GDA, um die Gleichbehandlung von Patientinnen und Patienten mit und ohne ELGA-Widerspruch zu erreichen.
- 4) Strukturierte Anzeige der VorbehandlerInnen von PatientInnen, um die Anamnese zu erleichtern und CDA-Befunde besser strukturiert anzeigen zu können (vorzeitige Umsetzung einer Funktionalität der Patient Summary).

5) Aufnahme von kodierten medizinischen Daten in die Verweisregister, um für die Suche nicht die einzelnen Dokumente laden und scannen zu müssen. Natürlich bleiben die Verweisregister dezentral in den ELGA-Bereichen.

6) Die Zugriffszeit für Krankenanstalten, ÄrztInnen und Pflege-Einrichtungen ist auf 90 Tage zu verlängern (derzeit 28 Tage), um die Speicherung von finalen Befunden zu erleichtern und die Anzahl von Fehlerfällen zu reduzieren.

7) Die Zugriffszeit für Apotheken auf ELGA-Daten ist auf 5 Tage zu verlängern (derzeit zwei Stunden), um die Speicherung der Abgabe und Prüfung ihrer Wechselwirkungen von Medikamenten durch Apotheken auch im Pflegebereich zu ermöglichen.

8) Die Speicherdauer für e-Medikationsdaten soll von 12 auf 18 Monate verlängert werden, um auch Medikamente mit jährlicher Verabreichung (z. B. Osteoporose- Prophylaxe) sichtbar zu machen.

9) Die Speicherdauer für Kontaktbestätigungen soll im Gesetz mit 10 Jahren definiert werden. Bisher gibt es keine Definition, wie lange diese gespeichert werden dürfen. In dieser Zeit ist es technisch möglich, Richtigstellungen in Dokumenten herbeizuführen (wie im Datenschutzgesetz festgelegt).

10) Zusammenlegung des e-Health Verzeichnisdienstes (eHVD) und des GDA- Index, Ergänzung um Funktionen für virtuelle Netze (z. B. für die PVZ-Umsetzung in ELGA) und Historisierung für die korrekte Darstellung der Behandler auch nach Umbenennungen und bei Zusammenlegungen von GDA.

11) Gesetzliche Regelung für die Systemadministration zur Fehlerbehebung (z. B. bei Zuordnung eines Dokumentes zur falschen Patientin/zum falschen Patienten, Zusammenführung doppelt angelegter PatientInnen, Korrektur von Fehlern in einem Dokument), damit solche Fehler in einer gesicherten und für die ELGA- TeilnehmerInnen transparenten Form behoben werden können.

12) Verpflichtende Termine für die ELGA-Anbindung sind zu konkretisieren: für das Lesen der e-Medikation in Krankenanstalten, für das Schreiben von e-Medikation in Krankenanstalten, für die ELGA-Anbindung (lesend und schreibend) für die stationäre Pflege.

Von diesen 12 Forderungen wurde im vorliegenden Entwurf lediglich die Forderung 11) teilweise umgesetzt. Die übrigen 11 Forderungen wurden zur Gänze nicht berücksichtigt. Die Länder und die Sozialversicherung stehen jedoch geschlossen zu diesen Forderungen und erachten eine Umsetzung sämtlicher Punkte für notwendig.

Zu Artikel 1 (Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes 2012):

Zu § 24c:

Die Implementierung eines elektronischen Impfreisters wird begrüßt. Da eine Regelung über die Kostentragung hinsichtlich eines sich darstellenden Mehraufwandes für die Entwicklung und Implementierung von Schnittstellen zu anderen Softwarelösungen im vorliegenden Entwurf nicht getroffen wurde, wäre für den Rollout des e-Impfpasses die Kostentragung auf Ebene der Bundes-Zielsteuerungskommission noch zu klären.

Zu § 24c Abs. 1 iVm § 27 Abs. 16:

Die Pilotierung und Errichtung der zentralen e-Impfpass-Applikation werden von der Sozialversicherung durchgeführt. Der BRZ GmbH sollen gemäß dem vorliegenden Entwurf der Betrieb, die Wartung und die technische Weiterentwicklung des Elektronischen Impfpasses als Auftragsverarbeiterin gesetzlich übertragen werden. Das Land Wien setzt sich vehement dafür ein, dass die Daten aus der elektronischen Impfpass-Applikation im Einflussbereich der Sozialversicherung bzw. der Gesundheitsdiensteanbieter verbleiben und nicht an eine weitere Auftragsverarbeiterin, nämlich an die BRZ GmbH, übertragen werden.

Zu § 24c Abs. 2:

Es erscheint unverhältnismäßig und unsachlich, sämtliche Daten im Impfregister gleich zu behandeln und vollständig bis zur vorgesehenen Löschfrist (10 Jahre nach Sterbedatum, spätestens jedoch 120 Jahre nach der Geburt), die jedenfalls eine lebenslange Aufbewahrung bedeutet, aufzubewahren. Konkret ist die sachliche Rechtfertigung für die lebenslange Speicherung sämtlicher historischer Datensätze (wenn wahrscheinlich auch in „stornierter Form“) hinsichtlich der Datenarten „Wohnadresse“, „Angaben zur Erreichbarkeit“, worunter laut den Erläuterungen z. B. E-Mailadresse und Telefonnummer fallen können, und „Angaben zu einer allfälligen Vertretung“, nicht erkennbar. Vielmehr würde das Gebot des gelindesten möglichen Eingriffs in das Grundrecht auf Datenschutz gebieten, die Datenarten differenziert zu betrachten und für inaktuelle Daten, für deren Aufbewahrung keine sachliche Rechtfertigung mehr besteht, eine echte Löschung vorzusehen.

Während die lebenslange Speicherung der Daten für die lit. a, b und d noch vom Zweck des Impfregisters als erfasst angesehen werden kann, so lassen hinsichtlich der lit. c auch die Erläuterungen eine entsprechende Begründung vermissen.

Im Sinne des Art. 5 Abs. 1 lit. c sowie auch lit. e DSGVO sowie des § 1 DSG ist es jedenfalls geboten, für jede Datenkategorie hinsichtlich der Aufbewahrungsdauer sachlich zu differenzieren.

Zu § 24c Abs. 2 Z 2 lit. c:

Es wurde unter den Systempartnern bereits akkordiert, dass bei eHealth- Anwendungen die ELGA-Infrastruktur wiederverwendet wird. Die im zentralen Impfregister gespeicherten Daten zur Personenidentifikation, ausgenommen Geschlecht, Geburtsjahr und -monat sowie Gemeindecodes sind bereits im Patientenindex vorhanden und es genügt eine Speicherung des bPK-GH bzw. jener Daten, die für statistische Auswertungen notwendig sind (s. auch § 24g Abs. 1: „Für statistische Auswertungen, vor allem zur Bestimmung von Durchimpfungsraten, sind die im zentralen Impfregister gespeicherten Daten zur Personenidentifikation, ausgenommen Geschlecht, Geburtsjahr und -monat sowie Gemeindecodes, durch ein nicht rückführbar verschlüsseltes eindeutiges Personenkennzeichen zu ersetzen, wobei die Identität der betroffenen Person (Art. 4 Z 1 DSGVO) mit rechtlich zulässigen Mitteln nicht bestimmt werden kann.“). Eine doppelte Datenhaltung hat Dateninkonsistenzen bzw. ggf. auch erhöhte Kosten zur Folge, falls die Daten konsistent gehalten werden müssen.

Zu § 24c Abs. 3:

In dieser Bestimmung wird festgelegt, dass der Verantwortliche (Art. 4 Z 7 DSGVO) „für den Vollbetrieb“ (s. Erläuterungen zu § 24c) eine von den Verantwortlichen für die Speicherung, Aktualisierung, Stornierung, Nachtragung und Vidierung der Daten verschiedene Person sein soll. Insgesamt scheint

fraglich, ob eine derartige Trennung nach der DSGVO möglich ist und nicht die Datenverarbeitung als solche gesamt zu betrachten wäre, wodurch gemeinsame Verantwortlichkeit im Sinne des Art. 26 DSGVO vorliegen könnte. Es wird empfohlen, dies neuerlich zu prüfen.

Überdies wird empfohlen, neuerlich zu prüfen, ob nicht gemeinsame Verantwortlichkeit zumindest zwischen den Gesundheitsdiensteanbietern vorliegt, zumal ein Gesundheitsdiensteanbieter jene Daten, die von einem anderen Gesundheitsdiensteanbieter eingegeben wurden, verarbeiten kann.

Zu § 24d Abs. 2 Z 5:

Im Zusammenhang mit dem Krisen- und Ausbruchmanagement gemäß § 24d Abs. 2 Z 5 wird Folgendes angeregt:

Im Sinne der Kostenersparnis, der Möglichkeit der (Wieder-)verwendung bereits existierender Kommunikationsschnittstellen und vor allem auch der Digitalisierung der Datenerfassung und einer damit erreichbaren Aufwandsreduktion beim Erfassen, sollte angedacht werden, bereits vorhandene Laboreinmeldungen im Register der anzeigepflichtigen Krankheiten gemäß § 4 Epidemiegesetz 1950 im elektronischen Impfpass zu verwenden und dies im Rahmen einer allfälligen Novellierung des Epidemiegesetzes 1950 zu berücksichtigen.

Für den Landesamtsdirektor:

OMRⁱⁿ Mag.^a Angelika Lerche

Mag.^a Petra Martino
Obermagistratsrätin

Ergeht an:

1. Präsidium des Nationalrates
2. alle Ämter der Landesregierungen
3. Verbindungsstelle der Bundesländer
4. MA 40
(zu MA 40 – GR-1.085.609/2019)
mit dem Ersuchen um Weiterleitung
an die einbezogenen Dienststellen



Dieses Dokument wurde amtssigniert.

Information zur Prüfung des elektronischen Siegels
bzw. der elektronischen Signatur finden Sie unter:
<https://www.wien.gv.at/amtssignatur>