

Die Karawane „Basis-Rollout“ zieht (unbeirrt) weiter

Anzahl der Bedenken und der Bedenkenträger steigt täglich

Terminkorrekturen in Sachen „eGK“ sind nicht neu. Nicht allein um Bedenken-träger zu beruhigen, sondern vielmehr um die dringend notwendige wie erforderliche Akzeptanzförderung bei Patienten, medizinischem und pflegerischem Personal zu steigern, sollten die Verantwortlichen mal neue Wege gehen. Dr. Aykut M. Uslu, USLU MEDIZIN-INFORMATIK, berichtet über Situation und Kernargumente der Ärzteschaft.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) sollten die Krankenkassen in der sogenannten Durchstichregion Nordrhein ab dem 1. August 2009 mit der Abgabe der elektronischen Gesundheitskarten an ihre Versicherten beginnen. Das sollte nicht auf einen Schlag, sondern nach und nach passieren. Vor der Austeilung der eGK muss allerdings ein geeignetes Lesegerät in jeder Praxis vorhanden sein. Deshalb soll der Lesegeräte-Rollout bis 31. Juli 2009 abgeschlossen sein.

Demnach soll die eGK-Basis-Rollout in einem Schalenmodell ausgehend von der Einführungsregion in vier Schalen nacheinander über ganz Deutschland ausbreitet werden. Vorgesehen sind folgenden Regionen in den Schalen 1–4:

- Schale 1: Nordrhein
- Schale 2: Westfalen-Lippe, Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Bremen
- Schale 3: Schleswig-Holstein, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt, Thüringen
- Schale 4: Berlin, Brandenburg, Sachsen, Bayern

In diesem Zusammenhang ist für jedes Praxiscomputersystem, das im Rahmen des eGK-Basisrollouts eingesetzt wird, ein spezielles Zulassungsverfahren vorgesehen, welches von der KBV durchgeführt werden soll.

Die eGK würde in einem – diesem – ersten Schritt lediglich die heutige Krankenversichertenkarte ersetzen (Basis-Rollout), ohne zusätzliche Anwendungen. Ein weiterer Schritt, der so genannte „Online-Rollout“, würde dann im Jahr 2010 folgen.

Kaum waren die Aktionen in der Schale 1-Region (Nordrhein) – nach anfänglichen Abstimmungshürden – erfolgversprechend angelaufen, gerieten sie mittlerweile ins Stocken. Darauf folgte nun eine erneute Terminverschiebung, welche in der Überschrift der Pressemitteilung (Nr. 52) des Bundesministeriums für Gesundheit von 9.6.2006 wie folgt zu lesen war:

„Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte im Plan – Krankenkassen starten Ausgabe ab 1. Oktober 2009“.

Diese ist nicht die erste Terminkorrektur in Sachen „eGK“, wird höchstwahrscheinlich auch nicht die letzte bleiben. Dennoch, das, was wir seit der Verabschiedung des Gesetzes zur flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte bis heute erleben, darf uns nicht wundern. Ganz im Gegenteil, dieser öffentliche Diskussionsprozess, wie die Entwicklung zeigt, ist wohl erwünscht. Was ungeeignet sein dürfte, ist eher die Reihenfolge der Umsetzungsschritte; es wäre sicherlich besser, erst öffentlich zu diskutieren und dann mit der Durchführung zu beginnen und nicht andersrum!

Unabhängig von diesen Entwicklungen stand das Thema „eGK“ Ende Mai auch bei dem 112. Deutschen Ärztetag am 19.05.2009 in Mainz auf der Agenda.

Dort haben die Gegner und Befürworter der eGK in zahlreichen Anträgen und Wortbeiträgen ihre Positionen deutlich dargelegt. Doch im Vergleich zum letzten Jahr in Ulm, wo es bei der eGK-Diskussion emotional hoch herging, überwog in Mainz die Sachlichkeit.

Die gut durchdachten und sachlichen Ausführungen des Dr. Franz-Joseph Bart-



mann, Telematikbeauftragter der Bundesärztekammer, dürften wesentlich dazu beigetragen haben. Er bezeichnete sich als kritischen Befürworter der eGK und sagte: „Unser Ziel bleibt es, die von Deutschen Ärztetagen gestellten Forderungen der eGK weiter zu konkretisieren und gegenüber der Gematik mit Nachdruck zu vertreten“. Hierzu rief er seine Kolleginnen und Kollegen zu einer kritischen, aber auch konstruktiven Arbeit an dem eGK-Prozess auf.

Sorgfältige Erprobung der eGK

Einige der bemerkenswertesten Aussagen sowie Forderungen der Delegierten während der eGK-Debatte lauteten:

- Kritische Befürworter sein
- Patient- und arztgerechte Begleitung des Projektes sind unentbehrlich
- Alle Pflichtanwendungen auch ohne Telematikinfrastruktur möglich
- Risiken dürfen nicht als harmlos dargestellt werden
- Nicht grundsätzlich ablehnen, sondern gebotene ärztliche Freiheit nutzen
- Über die haftungsrechtlichen Folgen ist bisher nichts bekannt
- Karte sicherer machen
- eCard hilft nicht bei der Lösung von bestehenden Problemen, sondern lenkt davon ab
- Freiwilligkeit unbedingt erforderlich
- Eine Denkpause würde der eGK und uns gut tun
- Im Prozess drin bleiben ist für uns essentiell

Alles in allem, die Mehrheit der Delegierten zeigte sich nicht davon überzeugt, dass es sich bei der derzeitigen Konzeption der eGK um eine zukunftsfähige Lösung handelt. Das verhinderte allerdings nicht, dass die Delegierten des Ärztetages sich mit großer Mehrheit für eine sorgfältige Erprobung der eGK aussprachen.

Während dieser Prozess von den Verantwortlichen – wenn auch schleppend – kontinuierlich vorangetrieben wird, werden die Stimmen gegen die „eCard“ (derzeitige Bezeichnung der „eGK“) immer lauter. War es in den Anfängen hauptsächlich die Ärzteschaft, die u. a. den Nutzen nicht einsah und mit dem Ausmaß der geplanten Datenschutzmaßnahmen nicht einverstanden war, häufen

sich mittlerweile auch die Zweifel im Bereich der gebotenen Sicherheitsanforderungen der aktuellen eCard.

Mängel bei Sicherheit rund um die eGK

Nach einer der beachtlichsten Thesen sei in den bisherigen Gematik-Spezifikationen das Thema „Sicherheit rund um die eGK“ lediglich aus der Sicht der technischen Umsetzung betrachtet worden. Ein umfassendes Sicherheitskonzept müsse allerdings auch eine Sicherheitsanalyse aus Sicht des Anwenders einschließen, welche hierbei nicht berücksichtigt worden sei.

Manche Bedenkensträger wollen sogar ernsthafte Sicherheitslücken im Konzept ausgemacht haben. Klar, die Verantwortlichen können nicht jedem Einwand nachgehen, aber der Behebung von Sicherheitsbedenken kommt in diesem Projekt eine elementare Bedeutung zu, weswegen man sie ernst nehmen sollte. Nicht nur um die Bedenkensträger zu beruhigen, sondern auch um die dringend notwendige wie erforderliche Akzeptanzförderung bei Patienten, medizinischem und pflegerischem Personal zu steigern, sollten die Verantwortlichen auch mal neue Wege gehen.

Den bisherigen Projektstand durch Penetrationstests bzw. Schwachstellenanalysen von anerkannten externen Spezialisten durchchecken zu lassen, wäre so ein neuer Weg. Der Penetrationstest ist die Sicherheitsprüfung aller Systembestandteile und Anwendungen eines Netzwerks- oder

Softwaresystems mit Mitteln und Methoden, die sonst ein Angreifer (Hacker) verwenden würde, um unerlaubterweise in das System einzudringen (Penetration). Die Sicherheitsanalyse könnte technische, organisatorische, anwenderspezifische und ökonomische Kriterien sowie verschiedene Teilkomponenten der Telematikinfrastruktur umfassen. Diese Checks würden entweder keine Schwachstellen aufdecken, oder wenn sie es tun, dann hätte man eine Möglichkeit zur Ausbesserung erhalten. In beiden Fällen wären die oben genannten Effekte erzielt. Außerdem: Der Prozess „Aufdeckung und Schließung der möglichen Sicherheitslücken“ ist ein elementarer Prozess, der sich über den Projektabschluss hinaus erstrecken muss.

www.uslumedizininformatik.de



Dr. Aykut M. Uslu, USLU MEDIZININFORMATIK:

„Die Verantwortlichen können nicht jedem Einwand nachgehen, aber der Behebung von Sicherheitsbedenken kommt in diesem Projekt eine elementare Bedeutung zu, weswegen man sie ernst nehmen sollte.“

Kommentar

Kritische ärztliche Begleitung beim Aufbau der Telematik-Infrastruktur der elektronischen Gesundheitskarte

Von Dr. med. Christiane Groß M.A., Delegierte des 112. Deutschen Ärztetages für die Ärztekammer Nordrhein, zur aktuellen Situation der eGK

Aus Sicht einer Ärztin, die dem Aufbau einer Telematik-Infrastruktur nach §291a SGB V skeptisch gegenübersteht und die

sich für das Gebiet der Psychotherapie gegen eine Nutzung gemeinsamer elektronischer Patientenakten ausspricht, lassen folgende Überlegungen eine generelle Ablehnung der elektronischen Gesundheitskarte dennoch nicht als sinnvoll erscheinen:

Die Verbreitung gemeinsam zu nutzen-der Patientenakten ist weiter verbreitet als



Dr. med. Christiane Groß M.A.: „Entweder der ‚Mehrwert‘ der eGK wird auch für Ärzte sichtbar und die Anwendungen können in den ärztlichen Alltag integriert werden, oder das Projekt ist gescheitert.“ (Foto ÄKNO)

es die Diskussionen um die eGK in der Öffentlichkeit zeigen. Patientendaten werden zum Teil als komplette Akten elektronisch an private Verrechnungsstellen versandt. Die Lagerung und Verwaltung elektronischer Patientenakten von Krankenhäusern werden an große IT-Firmen abgegeben (Outsourcing). Verbundnetze zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Praxen nehmen zu. Praxisverbände und MVZs nutzen gemeinsame elektronische Patientenak-

ten (= ePA). Selektivverträge (z. B. Hausarztzentrierte Versorgung = HzV) beinhalten zwingend das Führen elektronische Patientenakten auf gemeinsamen Servern.

Schaut man aber genau hin, dann lassen alle diese Lösungen gerade den Datenschutz vermissen, den die Ärzte bei der Diskussion über die eGK so heftigst fordern. Von einem wirklichen Selbstbestimmungsrecht der Patienten über ihre Daten kann ebenfalls nicht gesprochen werden, denn die Daten können im Verbund häufig auch ohne aktuelle Einwilligung des Patienten gelesen werden. Dies gilt für Akten in Krankenhäusern, die nicht fallbezogen verschlüsselt und damit nicht „abgeschlossen“ sind, ebenso wie für Akten in den Verbundnetzen, bei denen ein Patient sich generell für längere – oder vielleicht auch unüberschaubare – Zeit einverstanden erklärt hat, den Zugriff für den behandelnden Arzt zu gewähren. Zu allem Überfluss liegen die Akten meistens im Klartext vor und sind oft lediglich für den elektronischen Versand verschlüsselt. Eine der am Heftigsten diskutierten Forderungen nach ausreichender Verschlüsselung dieser sensiblen Daten ist damit nicht erfüllt. Für diese Daten kann man mit Recht auf die Gefährdung durch Hackerangriffe hinweisen. Konsequenterweise müsste sich aber jeder betroffene Arzt und jede betroffene Ärztin die folgenden

Fragen stellen: „Wie ist die Ablehnung der ‚eGK‘ und die Nutzung anderer gemeinsamer ePAs zu vereinbaren?“ und „Wie ist zu verstehen, dass einerseits die eGK verteuert wird, weil zukünftig Daten – wohlgeachtet jede einzelne Akte für sich kryptographisch verschlüsselt – auf nichtärztlichen Servern datenschutzrechtlich als bedenklich eingestuft werden, andererseits aber schon heute gesammelte Patientendaten sowohl von Krankenhäusern, Praxen, MVZs auf nichtärztlichen Servern privatrechtlicher Firmen liegen – meistens sogar im Klartext – und von Ärztinnen und Ärzten dort auch genutzt werden?“

Ärztlichen Einfluss geltend zu machen und die Testung der eGK-Anwendungen (100.000er-Versuch) durch die Ärzte auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen, ist und bleibt meiner Meinung nach die einzige Lösung. Dann könnte sichtbar werden, ob und wie sich die Nutzung der eGK im Handlungsablauf in den Praxen als problematisch erweist und ob Veränderungen im Sinne einer besseren Funktionalität möglich sind. Voraussetzung einer sachlichen Begutachtung ist aber ein arbeitsfä-

higer ärztlicher Beirat mit ausreichenden Befugnissen, der nicht der Politik als Alibi der ärztlichen Mitarbeit dienen darf.

Je nach Ergebnis der Tests können Antworten sowohl auf die Frage nach Praktikabilität als auch auf die Kostenfrage eine fundierte Entscheidung über den weiteren Ausbau der telematischen Vernetzung der „eGK“ ermöglichen. Entweder der „Mehrwert“ der eGK wird auch für Ärzte sichtbar und die Anwendungen können in den ärztlichen Alltag integriert werden, oder das Projekt ist gescheitert.

Wird die eGK eingeführt, dann bleibt ja immer noch für jeden einzelnen Arzt die Option, die ich als ärztliche Psychotherapeutin wählen würde, nämlich zu entscheiden, welche der Anwendungen für meine Arbeit mit den Patienten zu nutzen wären (z.B. vernünftige Notfalldaten auf dem Chip der Karte) und welche ich mit Überzeugung nicht nutzen werde. Eine gemeinsame zu nutzende elektronische Patientenakte wird dann sicher ohne meine Eingabe von Patientendaten auskommen müssen.

www.cgross.de

