

Ein Versandapotheken- und Gematik-Stärkungs-Gesetz

1. Einleitung

Die Bundesregierung hat am 1.4.20 den Entwurf eines "Patientendaten-Schutzgesetzes" (PDSG) beschlossen

(https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Gesetzentwurf_Patientendaten-Schutz-Gesetz_-_PDSG.pdf). Am 27. Mai fand die Sachverständigen-Anhörung beim Gesundheitsausschuss statt (https://www.bundestag.de/resource/blob/693220/61d725230a187deb38358f4cddaf5b64/S_V-Liste_PDSG-data.pdf).

Eine Stellungnahme dazu vom Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit ist verfügbar unter:

https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Transparenz/Stellungnahmen/2020/StgN_Patientendaten-Schutz-Gesetz.pdf?blob=publicationFile&v=2

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass rund 80 zusätzliche Paragrafen ins Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) eingefügt werden, die alle von Gesundheits-Telematik handeln. Die bisherigen Eckpfeiler zum Thema, wie §§ 291, 291 a und b SGB V, werden umgearbeitet, der Regelungsumfang zum Thema vervielfacht sich.

Positiv ist anzumerken, dass die Normenklarheit nach dieser Änderung besser wäre, denn die SGB V Telematik-Vorschriften waren im Laufe der Jahre zu einem nahezu undurchdringlichen Gestrüpp geworden.

(Paragrafen-Angaben in der vorliegenden Stellungnahme ohne Gesetzesbezeichnung beziehen sich auf Paragrafen des SGB V *nach* der geplanten Änderung durch das PDSG.)

2. Zentrale elektronische Patientenakten

Im Mittelpunkt des Entwurfs steht die seit 2004 geplante, für die Versicherten freiwillige, Elektronische Patientenakte (EPA). Sie soll auf zentralen Servern bereitgestellt werden, die an das Netz der Telematik-Infrastruktur (TI) angeschlossen sind. Ärzt*innen sollen verpflichtet werden, zur Unterstützung der EPA in den Praxen neue Technik zu installieren. Falls sie es nicht tun, müssen sie mit erhöhten Honorarabzügen rechnen (§ 341). Die EPA soll spätestens am 1.1.2021 von den Krankenkassen für alle Versicherten bereitgestellt werden (§ 342). (Anspruchsvolle Fristen für die Gesundheitsakte sind nichts Neues. 2004 ließ die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) von ihrer rot-grünen Parlamentsmehrheit für die "Elektronische Gesundheitsakte" eine Frist bis 2006 in das SGB V schreiben.) Ob die derzeit veranschlagte Frist zum 1.1.2021 gehalten werden kann, ist fraglich. In der ersten Version der EPA sollen Zugriffsberechtigte zunächst unterschiedslos alle Informationen lesen können. Erst ab 1.1.2022 soll es Versicherten möglich sein, gezielt Freigaben für einzelne Dokumente oder Fachbereiche zu erteilen (§ 342).

Positiv ist zu anzumerken, dass ein Diskriminierungsverbot enthalten ist, wonach niemand deswegen benachteiligt werden darf, weil er keine Elektronische Patientenakte haben will (§ 335). Diese Vorschrift muss unbedingt erhalten bleiben. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Versicherten die Akte durch sozialen Druck oder "Sachzwänge" aufgenötigt wird. Zu befürchten ist auch so noch, dass der soziale Druck groß werden kann.

Bisher wurden freiwillige elektronische Patientenakten auf zentralen Servern nur von sehr wenigen Patientinnen und Patienten genutzt. Entsprechende Projekte von Microsoft und Google wurden rasch wieder eingestellt. Weder Ärzte noch Patienten scheinen aktuell derartige Akten haben zu wollen.

Nach einer aktuellen Umfrage des Deutschen Psychotherapeuten Netzwerks lehnen 86% der Versicherten die zentrale Datenspeicherung ab. 61% wären einverstanden, wenn die Gesundheitsdaten *dezentral* gespeichert werden - also z.B. auf der Versichertenkarte selbst

Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sind Selbständige, Patientenakten sind Teil ihres Kapitals. Sie verkörpern oft jahrelange Kontakte mit Versicherten und eine persönliche Vertrautheit mit ihren Problemen. Beim Verkauf einer Praxis an einen Nachfolger werden diese Akten mitverkauft, wobei die Versicherten dazu einwilligen müssen, was sie in der Regel tun. Die Sorge um den Schutz von Gesundheitsdaten und die Wahrung des Arztgeheimnisses gehören zu den selbstverständlichen Pflichten von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen. Sie müssen die ihnen anvertrauten gesundheitlichen Informationen strikt geheim halten: einerseits sind sie dazu verpflichtet, andererseits ist die Vertraulichkeit des Arzt-/Therapeutengesprächs Voraussetzung dafür, dass Patienten offen über ihre Probleme sprechen können.

Entgegen der Behauptung, die EPA sei eine versichertengeführte Akte, bleiben den Versicherten nur wenige Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Speicherung von Daten, insbesondere dann, wenn sie nicht über Smartphone oder Tablet einen eigenen (unsicheren) Zugang erschließen.

Die Versicherten haben ein Interesse daran, zu kontrollieren, was eine Ärzt*in oder Psychotherapeut*in über sie weiß. Nur so können sie eine unbelastete Zweitmeinung einholen, oder verhindern, dass frühere Fehldiagnosen alle späteren Behandlungen bestimmen. Größere Sammlungen medizinischer Daten in zentralen Akten werden in der Regel ohne Wissen oder gegen den Willen der Versicherten angelegt, vor allem bei Versicherungen. Das gilt auch für Deutschland, wo die Krankenkassen seit langem die Behandlungsdaten versichertenbezogen speichern (Diagnosen, abgerechnete Behandlungen und Verschreibungen). Diese Daten der Krankenkassen sollen jetzt automatisch in die neue EPA einfließen (§ 341) können. Die Patienten haben auf diesen Teil "ihrer" EPA nur lesenden Zugriff. Schreibrechte haben sie nur in einem eigenen Bereich nur für versicherteneigene Daten. Von Ärzten stammende Daten können die Versicherten löschen (§ 337 Abs. 2).

Versicherte ohne geeignetes Endgerät (Smartphone oder Tablet) sollen zunächst nur die Möglichkeit haben, die EPA beim Arzt einzusehen und dort ihre Zugriffsrechte zu verwalten (§§ 336 Abs. 3, 353 Abs. 3). Medikationsplan und Notfalldatensatz sollen Versicherte generell nur beim Arzt einsehen können. Eine unbefangene Auseinandersetzung mit den Inhalten und eine unbefangene Vergabe von Zugriffsrechten an Ärzt*innen und Therapeut*innen ist in einer Arztpraxis nicht möglich. Und im ersten Jahr auch nicht für diejenigen mit geeignetem Endgerät.

Die EPA sollen auch von Privatunternehmen, die weder Krankenkassen noch Auftragsdatenverarbeiter der Krankenkassen sind, bereitgestellt werden können (§ 341 Abs. 5). Die Krankenkassen sollen die Möglichkeit haben, den Versicherten eigene Anwendungen anzubieten und darüber dann Zugriff auf die in der EPA gespeicherten Daten erhalten (§ 345). Vorauszusehen ist, dass die Krankenkassen für ihre eigene Gesundheits-Beratung durch Mediziner, die sie jetzt schon anbieten, auf die EPA Zugriff erhalten wollen.

Diese EPA, die aus Beiträgen finanziert wird und für Versicherte keine individuellen Zusatzkosten verursacht, würde in Zukunft die Entwicklung von dezentralen Anwendungen in Deutschland blockieren. Viele Versicherte haben bereits eigene Röntgenbilder oder Untersuchungsergebnisse auf ihren Rechnern zu Hause, die sie direkt von ihren Ärztinnen und Ärzten erhalten haben. Auf die Überlassung dieser Daten haben sie gemäß § 630g Abs. 2 BGB Anspruch.

Die Investitionen in die EPA werden die Krankenkassen mindestens einen dreistelligen Millionenbetrag kosten, den sie aus Beitragsgeldern aufbringen müssen. Es ist abzusehen, dass nur wenige Versicherte sie nutzen werden. Aus diesem Grund befürchten wir, dass die EPA später zur Pflicht wird, um diese Ausgaben zu rechtfertigen. Gesundheitsminister Spahn hat bei den Regelungen zum Implantate-Register und zur Weitergabe von Versichertendaten zu Forschungszwecken bereits deutlich gezeigt, dass er in dieser Hinsicht keine Bedenken hat.

Ein bedeutender Kritikpunkt an der EGK war immer, dass es sehr einfach ist, eine EGK einem Unbefugten zuschicken zu lassen (vgl. <https://www.ccc.de/de/updates/2019/neue-schwachstellen-gesundheitsnetzwerk>). Die Person, die dann im Besitz einer EGK eines Dritten ist, kann selbst deren PIN festlegen und würde ungehindert Zugriff auf die EPA von jemand anderem erhalten. Wenn tatsächlich medizinische Daten über die Versicherten in der TI gespeichert werden, ist unabdingbar, dass der Zugang zu diesen Daten sicher sein muss und sichere Ausgabeprozesse für die EGK eingeführt werden. Die Koordination der Ausgabeprozesse für die EGK ist nach dem Entwurf Aufgabe der Gematik (§ 311 Abs. 1 Nr. 9).

Auch genügt ein beliebiges von den Versicherten bereitgestelltes Bild nicht den Anforderungen an ein Merkmal für eine sichere Authentifizierung. Im Gesetzesentwurf ist nicht vorgesehen, dass das Bild bestimmte Voraussetzungen erfüllt. Damit würde die Ausgabe neuer EGK-Generationen erschwert und das würde den Interessen der Chipkartenindustrie zuwiderlaufen. Vorgesehen ist jetzt aber, dass die Krankenversicherungen ein Bild der Versicherten speichern dürfen (§ 291 a Abs. 6). Das hatte das Bundessozialgericht wegen fehlender Rechtsgrundlage bislang verboten.

Wir fordern:

- - Die EPA muss dauerhaft freiwillig bleiben.
- - Die Speicherung gesundheitlicher Informationen auf eigenen Datenträgern von Patient*innen, bzw. in Papierform, muss unterstützt werden.
- - Die EPA muss so beschaffen sein, dass die Patient*innen auf Dokumentenebene Zugriffsrechte vergeben können.
- - Den Versicherten müssen für die Verwaltung ihrer EPA mehrere unterschiedliche Zugriffswege (z.B. zu Hause, in der Arztpraxis, bei der Krankenkasse) zur Verfügung stehen.
- - Erst wenn alle oben genannten Voraussetzungen gegeben sind, darf die EPA angeboten werden.

3. Gematik - Macht ohne Verantwortung

Die Gematik erhält im PDSG eine Vielzahl von Aufgaben und Regelungskompetenzen, unter anderem:

- die funktionalen und technischen Vorgaben für die Telematik-Infrastruktur zu erlassen (§ 311),
- Betriebsleistungen, Komponenten und Dienste für die Telematik-Infrastruktur zu definieren und externe Aufträge dafür zu vergeben (§§ 323 - 325),
- die Ausgabeprozesse für Zugangsmittel zur Telematik-Infrastruktur zu koordinieren (§ 311),
- weitere Anwendungen der Telematik-Infrastruktur zu ermöglichen, bei denen die EGK nicht genutzt wird (§ 327),

- den Betrieb der Telematik-Infrastruktur zu überwachen (§ 331),
- Störungen der Telematik-Infrastruktur zu beseitigen (§ 329),
- alle technischen und organisatorischen Vorgaben für die EPA festzulegen (§ 354),
- Komponenten für elektronische-Rezepte-Apps als "Anwendung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse" zu definieren (§ 360 Abs. 5).

a) Gematik ohne Verantwortung für die eigenen Regelungen

Die Gematik wäre normalerweise die "datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle" für die Telematik-Infrastruktur gemäß Art. 4 Nummer 7 der EU-Datenschutz-Grundverordnung, da sie "über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten" entscheidet. Allerdings hat die Gematik im Skandal um tausende ungeschützte Arztpraxen im Internet keine Bereitschaft gezeigt, eine Mitverantwortung anzuerkennen. Die Datenschutzkonferenz (DSK) der deutschen Datenschutz-Aufsichtsbehörden vom 12.9.2019 hatte daher angemahnt: "Da es die gesetzliche Aufgabe der gematik ist, den operativen und sicheren Betrieb der TI zu gewährleisten und sie in diesem Rahmen die Mittel für die Datenverarbeitung in der TI wesentlich bestimmt, kam die DSK zu der Auffassung, dass der gematik neben den Betreibern der Arztpraxen eine datenschutzrechtliche Mitverantwortung für die Konnektoren zufällt. Um diese Verantwortungsteilung künftig rechtssicher zu regeln, empfiehlt die DSK dem Gesetzgeber, hier eine normenklare gesetzliche Regelung zu schaffen." (https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Pressemitteilungen/2019/22_ZwDSK.html)

Nun wird der Gematik in § 307 diese datenschutzrechtliche Verantwortung aber fast komplett entzogen und auf andere Stellen umverteilt. Die Gematik soll lediglich eine Koordinierungs-Stelle einrichten, die die Betroffenen an die jeweils zuständige Stelle verweist.

Für die "Zugangsdienste", d.h. vor allem die Konnektoren in den Arztpraxen, sind deren Betreiber verantwortlich, d.h. die Ärztinnen und Ärzte. Die Anleitungen und Weisungen, wie man anschließen muss, erstellt die Gematik. Wenn durch fehlerhafte Weisungen der Gematik Datenpannen passieren, und Patient*innen dadurch ein Schaden entsteht, sind Ärztinnen und Ärzte als datenschutzrechtlich Verantwortliche den Geschädigten dafür schadenersatzpflichtig (Art. 82 DSGVO).

Für die zentrale Infrastruktur der Telematik, deren Aufbau und Betrieb von der Gematik extern vergeben wird, sollen deren Betreiber verantwortlich sein, dasselbe gilt für Zugangsdienste und Anwendungen (§ 307). Für die EPA sind die Krankenkassen als Verantwortliche eingesetzt (§ 358).

Eine solche Regelung eines Mitgliedsstaats ist nach Art. 4 Nr. 7, zweiter Halbsatz DSGVO möglich wenn die Zwecke und Mittel der Verarbeitung durch das Recht der Mitgliedstaaten geregelt sind. Die Detailregelung der Mittel erfolgt allerdings erst durch die Gematik selbst. Es ist daher zweifelhaft, ob diese Übertragung der Verantwortung DSGVO-konform ist.

Zu den Aufgaben des datenschutzrechtlich Verantwortlichen gehört es, eine Datenschutz-Folgenabschätzung (DSFA) nach Art. 35 DSGVO durchzuführen, wenn eine Verarbeitung voraussichtlich "ein hohes Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen" zur Folge hat. Ein solches Risiko ist bei Anwendungen der TI fast immer gegeben. Eine DSFA muss Abhilfemaßnahmen für bestehende Risiken enthalten, durch die der Schutz personenbezogener Daten sichergestellt wird (Art. 35 Abs. 7 Buchst. c DSGVO). Solche Maßnahmen können und dürfen die zu Verantwortlichen Ernannten aber nicht treffen, da ihnen durch Vorgaben der Gematik die Hände gebunden sind. Ein Arzt weiß nicht, was für unterschiedliche Möglichkeiten es gibt, einen Konnektor zu einer Computer-Infrastruktur zu bauen. Auch sein Systemadministrator weiß das nicht. Beide haben nur sehr begrenzte

Möglichkeiten, einen Konnektor sicher zu machen, dessen Design die Gematik vorgibt, und für den es nur drei zertifizierte Hersteller gibt. Kurz: Wer keine Entscheidungen treffen darf, muss (unsichere) Zustände verantworten. Wer die Entscheidungen trifft, nämlich die Gematik, gestaltet ohne Haftungsrisiko. Das ist das Design dieses Gesetzesvorschlags.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz übt keine Kritik an dieser Verantwortungs-Umverteilung selbst. Er schlägt in seiner Stellungnahme vor, DSFA für diese gesetzlich ernannten Pseudo-"Verantwortlichen", z.B. für Ärzte, verpflichtend zu machen (Stellungnahme, Seite 2). Mehrere Ärzte haben bereits DSFAs durchführen lassen, die zu dem Ergebnis kamen, dass sie nach derzeitigem Stand den Anschluss ihrer Praxen an die Telematik-Infrastruktur nicht verantworten können. Sie haben es dann auch nicht getan. Ärzt*innen, Apotheker*innen, Psychotherapeut*innen als unterste Hierarchiestufe im Telematik-System sollen für den riskantesten Teil davon datenschutzrechtlich verantwortlich sein. Bei einer DSFA aus dieser Perspektive können nur simple ja/nein-Entscheidungen herauskommen. Voraussetzung für kenntnisreiche Datenschutzfolgenabschätzungen ist, dass sie von der Stelle vorgenommen werden, die Einblick in Spielräume und Gestaltungsmöglichkeiten hat. Das ist nach der geplanten Verteilung der Verantwortlichkeiten gerade nicht der Fall. Um den Datenschutz in der Telematik-Infrastruktur sicherzustellen, muss die datenschutzrechtliche Verantwortung bei der Stelle liegen, die auch die Kontrolle hat. Das ist die Gematik. Die Kritik des Bundesbeauftragten greift hier leider zu kurz.

b) Gematik mit Regelungskompetenz über zu speichernde Gesundheitsdaten

Die Gematik erhält eine Vollmacht, zusätzliche Daten über die Versicherten festzulegen, die auf der EGK gespeichert werden sollen. Nach § 291 a Abs. 3 Nr. 4 sollen "weitere Angaben, soweit die Verarbeitung dieser Daten zur Erfüllung von Aufgaben erforderlich ist, die den Krankenkassen gesetzlich zugewiesen sind", aufgenommen werden. Zuständig dafür wäre nach § 311 die Gematik. Damit wird das verfassungsrechtlich verankerte Gebot der Normenklarheit und Transparenz verletzt.

Nach dem Wortlaut des Gesetzes sollen künftig technische Richtlinien der Gematik ausreichen, um neue Gesundheits-Informationen über die Versicherten auf die EGK zu schreiben.

c) Gematik wird vollständig aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert

Der Gesundheitsminister hatte seinem Ministerium schon 2018 die 51 % Mehrheit an der Berliner Gematik GmbH verschafft, die im Gesetz "Gesellschaft für Telematik" heißt. Die Minderheit der Geschäftsanteile sind auf Verbände der Kassenärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen verteilt, denen die Gematik zuvor ganz gehörte. Entscheidungen werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Bei der Gematik hat somit nur noch einer das Sagen: der Gesundheitsminister bzw. sein dortiger Vertreter, der frühere Pharma-Manager Markus Leyck Diecken. Die Ausgaben der Gematik werden vollständig von den Krankenkassen getragen. Sie sollen dafür genutzt werden, Aufträge an Unternehmen zu erteilen für den weiteren Ausbau der Telematik-Infrastruktur. Im Ergebnis werden so Gelder der Versicherten aus der Selbstverwaltung der Krankenkassen herausgezogen und dem Staat zur Verfügung gestellt. Das Bundesverfassungsgericht hatte jedoch im 1. Leitsatz seines Beschlusses vom 22. Mai 2018 geurteilt: „Sozialversicherungsbeiträge sind streng zweckgebunden und dürfen nicht zur Finanzierung des allgemeinen Staatshaushalts verwendet werden.“ (https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2018/05/rs20180522_1bvr172812.html).

Wir fordern:

- -Datenschutzrechtliche Gesamt-Verantwortung der Gematik für die Telematik-Infrastruktur, wie vom Bundesrat gefordert.
- -Kontrolle aller Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen.
- -Beschränkung der auf der EGK gespeicherten Daten auf das zur Abrechnung benötigte Minimum.
- -Festlegung aller verpflichtenden Daten auf der EGK per Gesetz.
- -Keine Vollmacht für das Bundesministerium für Gesundheits bzw. seine "Abteilung Gematik", zusätzliche Pflicht-Informationen für die EGK zu definieren.

4. Organspende und Vorsorgevollmacht

Die Versicherten sollen die Möglichkeit bekommen, Erklärungen zur Organ- und Gewebespende und Hinweise auf deren Vorhandensein und Aufbewahrungsort in der Telematik-Infrastruktur zu hinterlegen, sowie Hinweise auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen (§ 334). Der Schlüssel des Versicherten zu diesen Anwendungen ist die elektronische Gesundheitskarte (EGK). Bei Organspende-Erklärungen soll auch der Inhalt der Erklärung hinterlegt werden können, bei Patientenverfügungen nicht. Die Telematik ist als Register vorgesehen, in dem Ärztinnen und Ärzte die hinterlegten Daten notfalls einsehen können, auch ohne vorherige Einwilligung der Versicherten oder ihrer Angehörigen (§§ 356, 357).

Organspende-Erklärung und Patientenverfügung können sich widersprechen. Eine Organtransplantation setzt meistens voraus, dass lebenserhaltende technische Systeme bis zur Organentnahme weiter betrieben werden. Patientenverfügungen können die Bestimmung enthalten, dass solche Systeme abgeschaltet werden, wenn durch sie eine Besserung nicht mehr zu erwarten ist. Es wird deshalb empfohlen, Patientenverfügungen und Erklärungen zur Organtransplantation aufeinander abzustimmen und gleichzeitig abzugeben. Für die Patientenverfügungen gibt es bereits ein zentrales Register nach §§ 78 und 78 a der Bundesnotarordnung und nach der Vorsorgeregister-Verordnung. Es ist nicht vorgesehen, dass bei der Eingabe von Erklärungen der Versicherten in die Telematik-Anwendung die Konsistenz zu diesem zentralen Vorsorgeregister sichergestellt wird (§§ 337, 338). Während aus dem Vorsorgeregister dem Betreuungsgericht Auskunft erteilt wird, bekommt die Information aus der TI der Arzt vor Ort. Das Betreuungsgericht oder der gesetzliche Betreuer erhalten diese TI-Informationen nicht (außer wenn der Betreuer vom Versicherten als EGK-Bevollmächtigter eingesetzt ist). Diese Verfahren machen es zum Glücksspiel, ob in einer kritischen Situation die (zeitlich letzte) Entscheidung der Versicherten berücksichtigt wird.

Wir fordern:

- Ein einziges, zentrales Register für Organspende-Erklärungen, Patientenverfügungen und Vorsorge-Verordnungen, mit klaren und restriktiven Zugriffsrechten, am besten weiterhin bei der Bundesnotarkammer. Kein "Zweitregister" in der TI.

5. Das elektronische Rezept - Freibrief für Versandapotheken wie DocMorris

Für Arzneimittel-Rezepte macht der Entwurf die Benutzung der Telematik-Infrastruktur zur Pflicht (§ 360). Rezepte dürfen ab 2022 nur elektronisch vom Arzt verordnet werden. Grundlage für die Ausgabe von Medikamenten ist nicht mehr ein Papierrezept, sondern ausschließlich die in der TI gespeicherte Verordnung. Versicherte hätten dann die Wahl, sich zusätzlich die Informationen über ihre Medikamente ausdrucken oder nur die Zugangsdaten zur elektronischen Verordnung auf ihrer EGK speichern zu lassen (§ 360 Abs. 4). Das bedeutet:

Ohne funktionierende Telematik werden Apotheken künftig keine verschreibungspflichtigen Arzneimittel mehr herausgeben können. Ein technischer Ausfall könnte also dazu führen, dass Erkrankten lebenswichtige Medikamente vorenthalten werden. Spezialisten für IT-Sicherheit kritisieren, dass keine robuste Auffang-Lösung für derart kritische Funktionen vorgesehen ist (Redundanz). In ländlichen Bereichen ist das Internet bis heute instabil.

Die Gematik erhält laut Gesetzentwurf den Auftrag, "die Komponenten der Telematikinfrastruktur, die den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung (...) ermöglichen, als Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen." (§ 360 Abs. 5). Dahinter verbirgt sich, dass Rezepte-Apps einzelner Apotheken ermöglicht werden sollen, über die Versicherte ein Rezept an eine Apotheke z.B. im EU-Ausland schicken. "Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse" bezieht sich auf Art. 106 Abs. 2 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV), wo für solche Dienstleistungen ein "diskriminierungsfreier Zugang" von Anbietern aus allen EU-Mitgliedsländern angeordnet wird. Auch Unternehmen außerhalb Deutschlands sollen somit Zugang zu den Telematik-Komponenten erhalten, über die Versicherte ihre Rezepte verwalten. Gemeint sind damit Versandapotheken, die vor allem in den Niederlanden ihren Sitz haben. (In Deutschland verhindert das Apothekengesetz das Entstehen von Apotheken-Großunternehmen.)

Für die Ausgabe von Telematik-Zugangskarten für Apotheken sind eigentlich die Bundesländer zuständig, die diese Karten über die Apothekerkammern verteilen. Von dort erhalten inländische Apotheken ihre Telematik-Zugänge (§ 340 Abs. 1). Die Gematik wird ermächtigt, ausländischen Versandapotheken solche Karten auszustellen (§ 340 Abs. 4). DocMorris hat bereits eine große Plakat-Kampagne gestartet, "Das E-Rezept kommt!", bevor der Referentenentwurf zum PDSG öffentlich bekannt war.

Über die spezielle Beziehung von Minister Jens Spahn zu DocMorris wurde bereits viel veröffentlicht. Sie wird von ihm in seiner kürzlich erschienenen Biografie auch eingeräumt. Spahn hat das Konzept der Versandapotheke seit vielen Jahren aktiv vorangetrieben und damit zeitweise auch Geld verdient. Mit dem PDSG steht er bei diesem Vorhaben kurz vor dem Durchbruch.

Wir sind nicht gegen Versandapotheken, aber wir sind dagegen, marktstarken Akteuren Vorteile zu verschaffen, gegen die mittelständische Unternehmen nicht mehr ankommen können.

Wir fordern:

- Das Papier-Rezept in seiner jetzigen Form muss weiterhin Grundlage dafür sein, um in der Apotheke Medikamente zu erhalten.
- Kein Zugriff mit privat entwickelten Apps, z.B. von DocMorris, auf das E-Rezept. Rezepte-Apps dürfen nur dann auf E-Rezepte zugreifen, wenn sie alle Apotheken gleich behandeln.

6. Wirtschaftsförderung

Die Gematik erhält eine Vielzahl von Aufträgen und Möglichkeiten, Aufträge an Unternehmen zu erteilen:

Die Gematik werden eine Vielzahl von Aufgaben übertragen, die TI aufzubauen, siehe Teil 3 dieser Stellungnahme. Sie kann Dritte mit der Wahrnehmung von allen eigenen Aufgaben beauftragen (§ 311 Abs. 5),

die Gematik kann Dritte mit dem Betrieb des Verzeichnisdienstes in der TI beauftragen (§ 313 Abs. 1),

zur Durchführung des Betriebs der TI vergibt die Gematik Aufträge an Dritte (§ 323 Abs. 2).

Die Kosten der Gematik und ihrer Aufträge tragen hingegen die Krankenkassen (§ 316).

Alle Leistungserbringer (Krankenhäuser, Ärzte, Apotheken, Krankenkassen) haben erheblichen Zusatzaufwand, um sich an die TI anzuschließen und die Anwendungen der EGK zu unterstützen. Die Kosten dafür werden allesamt allein von den Krankenkassen, d.h. aus Versicherungsbeiträgen, getragen (§§ 376 - 382).

Wir fordern:

- Offenlegung aller Empfänger von Gematik-Aufträgen zum Ausbau der TI, und ihres finanziellen Volumens,
- Jährliche Ermittlung und Veröffentlichung der Folgekosten der TI (wegen notwendiger Aufträge der Krankenkassen und Ärzte) durch Krankenkassen- und Ärzteverbände,
- Regelmäßige Überprüfung des Telematik-Projekts, um zu überprüfen ob die Weiterführung des Projekts in der ursprünglich geplanten Form noch sinnvoll ist oder ob es kostengünstige Alternativen gibt.

Die unterzeichnenden Organisationen

Deutsches Psychotherapeuten Netzwerk, <https://dpnw.info>

Die Datenschützer Rhein Main, <https://ddrm.de/>

Digitale Gesellschaft, <https://digitalegesellschaft.de>

Humanistische Union - Landesverband Berlin-Brandenburg:<http://berlin.humanistische-union.de/>

Patientenrechte und Datenschutz e.V., <https://patientenrechte-datenschutz.de/>

Patientendatenschützer Rhein Main