

Die ePA: Datenschatz mit mangelhaftem Datenschutz

Bericht vom 10. Kongress Freier Ärzte 2024 in Berlin

von Svea Keller

Nachdem der Kongress Freier Ärzte im Vorjahr leider aus organisatorischen Gründen ausfallen musste, fand er am 30. November 2024 wieder wie gewohnt in der Katholischen Akademie Berlin statt. Das diesjährige Motto lautete: Zentrale ePA – Fortschritt oder Fiktion? Drei Experten erörterten und diskutierten das Thema jeweils aus Sicht des Datenschützers, der Ärztvertreterin und des Experten für die qualitative Bewertung medizinischer Maßnahmen.

Die vielleicht etwas ungewohnte Bezeichnung der elektronischen Patientenakte als „Zentrale ePA“ benennt auch schon das größte Problem des Konstruktes: die zentrale Speicherung. Vorab sei gesagt, dass alle Redner betonten, dass sie grundsätzlich die Digitalisierung in der Medizin befürworten, eines der größten Probleme sei die zentrale Speicherung, die eine gigantische Menge an teilweise sehr sensiblen Daten zusammenführe und entsprechende Begehrlichkeiten wecke.

Aber der Reihe nach: Wieland Dietrich, Vorsitzender der Freien Ärzteschaft e.V., begrüßte die Teilnehmer – nicht ohne zu erwähnen, dass inzwischen viele Kollegen die ePA tatsächlich befürworten. Unter Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. med. Karl Lauterbach habe es „Wolken der Honorarpolitik“ gegeben, die versprochenen Besserungen seien aber nie eingetreten. Die Kosten für die Zwangsvernetzung stiegen ständig, gleichzeitig gebe es ständig Systemausfälle, die den Praxisbetrieb lahmlegen.

K. Lauterbach: „Wir sind im Gespräch mit Meta, OpenAI und Google“

Bereits W. Dietrich zitierte eine brandneue Aussage, die K. Lauterbach zwei Tage zuvor auf der Digital Health Conference 2024 in Berlin gemacht hatte:

Er rechne mit einer Sprunginnovation durch die ePA und sei im Gespräch mit Meta, mit Open AI und mit Google, die alle an der Nutzung dieses Datenschatzes interessiert seien. Diese Äußerung war auf der Tagung in aller Munde, weil der Zugriff dieser mächtigen Konzerne auf teilweise äußerst sensible Patientendaten, die unverschlüsselt und nur pseudonymisiert auf den Servern liegen, Arztgeheimnis und Privatsphäre komplett aushebeln kann.

Dr. med. Christian Messer, Vorsitzender von Medi Berlin, berichtete in einem kurzen Grußwort, dass der Medi Verbund eine Task Force mit kritischem Blick auf die ePA gegründet habe. Die Verbände seien jetzt als Anwälte der Patienten gefragt. In der Anfangsphase habe die ePA keinerlei Nutzen, sondern nur Risiken.



Dr. med. Svea Keller
Ressortleiterin
Webpräsenz



Wer sich noch genauer informieren möchte, kann alle Vorträge unter <https://freie-aerzteschaft.de/kongress-freier-aerzte-2024-videos/> im Netz ansehen

Jan Scholz vom Ärztenachrichtendienst, der wie schon oft die Veranstaltung moderierte, zitierte wörtlich aus dem Schreiben einer Krankenkasse an die Versicherten, in dem sehr viele angebliche Vorteile der ePA hoch gelobt werden, aber nur in einem kleinen Nebensatz auf die Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen wird.

Die ePA als „tiefgrüne Schruppelbanane“: Die Sicht des Datenschützers

Den ersten Vortrag hielt Prof. Ulrich Kelber, der bis Juli 2024 Bundesdatenschutzbeauftragter des Deutschen Bundestages war und Professor für Datenethik an der Hochschule Rhein-Sieg-Kreis ist.

Prinzipiell, sagte U. Kelber, sei er ein bekennender Fan von Digitalisierung auch im Gesundheitswesen. Er führte zahlreiche Beispiele für die Vorteile der Digitalisierung auf – die Umsetzung der ePA allerdings sehe er äußerst kritisch. Im Jahr 2003 sei die ePA beschlossen worden, man habe damals mit einer Einführung im Jahr 2005 gerechnet. Es sei dann behauptet worden, die ePA sei am Datenschutz gescheitert, dabei habe seine Behörde im Wesentlichen nur Anpassungen gefordert. Deutschland digitalisiere gleichzeitig zu langsam und zu überhastet. Das führe zu katastrophalen Fehlern, es werde auf Standards für Datenschutz und Datensicherheit verzichtet. Das Fraunhofer-Institut habe Ende August 2024 noch 21 gravierende Sicherheitslücken in der ePA gefunden, die jedoch ignoriert werden, beispielsweise beim Einlösen des e-Rezeptes in der Apotheke. Es gebe oft „Bastellösungen“ statt Struktur, z. B. bei der Authentifizierung, und viele ungeklärte rechtliche Fragen. Weil die ePA in diesem unreifen Zustand eingeführt werden soll und dann nach und nach besser werden soll, sei sie schon als



Blick ins Publikum

„tiefgrüne Schruppelbanane, die in den Praxen reifen soll“ bezeichnet worden. Ein Problem sei, dass die Prozesse nicht vor der Digitalisierung entschlackt wurden, das sei genau die falsche Reihenfolge.

Der größte Honeypot, den Europa hat

Als Beispiel für die Mängel, die durch eine derart undurchdachte Konstruktion zustande kommen, führte er eine Zahnarztpraxis auf dem Lande auf, in der die Angestellten selbst auch Patienten sind. Der Arbeitgeber könne in diesem Fall die Behandlungsdaten seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei allen anderen Ärzten jeweils für 90 Tage einsehen. Der von K. Lauterbach so hochgelobte Datenschatz sei tatsächlich „der größte Honeypot, den Europa hat – und das auch noch unverschlüsselt!“ Die Krankenkassen dürften theoretisch keinen Einblick in die Behandlungsdaten ihrer Versicherten haben, praktisch sei es aber durchaus möglich. Es sei zwar rechtswidrig, wenn diese Einblick nehmen, aber Krankenkassen könnten nicht mit Bußgeldern belegt werden, wenn sie sich rechtswidrig verhalten. Die Projekte hätten ganz anders entwickelt werden müssen, dafür gebe es aber seitens der Politik keine Bereitschaft. Zunächst müsste man jetzt für die Testphase genug Zeit einplanen, damit die Kinderkrankheiten besei-

tigt werden können, insbesondere die Datensicherheit und das Arztgeheimnis gewährleisten sowie Sanktionen aussetzen, bis das System stabil läuft. Das dauerhaft niedrige Sicherheitsniveau sei seiner Ansicht nach rechtswidrig. Für die langfristige Planung gebe es bessere Alternativen, insbesondere Lösungen mit einer dezentralen Datenerhaltung, also unterschiedliche Datentöpfe, die nur kurzfristig für die lokale Auswertung verknüpft werden und danach wieder getrennt werden, so könne man Missbrauch wesentlich besser verhindern. Eine so gestaltete ePA würde er unbedingt befürworten, denn prinzipiell wären durch die Möglichkeit der Mustererkennung, KI-Lösungen oder neue Formen der Zusammenarbeit mit Sicherheit Fortschritte zu erwarten. Zudem seien viele Rechtsfragen noch nicht geklärt, insbesondere Haftungsfragen, oder welche Daten überhaupt für die KI verwendet werden dürfen. Dabei gebe es in der EU ungefähr 100 Rechtsakte, die sich mit der Digitalisierung beschäftigen. Überhaupt komme medizinisch, technisch und rechtlich noch sehr viel auf die Ärzteschaft zu.

Die ePA als Konjunkturprogramm für Arzthaftungsprozesse: Die ärztliche Sicht

Dr. med. Silke Lüder, stellvertretende Bundesvorsitzende der Freien Ärzteschaft, entlarvte viele leere Verspre-

chungen, die mit der ePA verbunden werden: Es sei keinesfalls so, dass die Ärzte in Zukunft Zugriff auf alle Daten hätten, die ePA sei geplant als eine unvollständige Sammlung von PDF/A-Dokumenten ohne Ordnungs- und Suchfunktion, die man mühsam sichten müsse (A steht für Archivierung). Die dafür benötigte Zeit gehe von der Zeit, die für die Behandlung der Patienten zur Verfügung steht, ab. Röntgenbilder seien noch gar nicht speicherbar. Es komme in den Praxen nicht zu Zeitersparnis, sondern zu Zeitverlust durch doppelte Datenhaltung und Weiterleitung in die ePA. Anders als behauptet, seien Doppeluntersuchungen in der Praxis kein echtes Problem, besonders in Zeiten der Budgetierung. In der ePA gebe es nur eine automatisiert erstellte Medikamentenliste, aber keinen Medikamentenplan. Die angekündigte Kontrolle, wer genau als Person zugegriffen hat, sei erst im Jahr 2030 zu erwarten. Am 15. Januar 2025 werde die ePA in den Testregionen Hamburg, Franken und Teilen von NRW eingeführt. Diese Pilotphase werde wohl länger als geplant dauern, bevor der bundesweite Rollout startet. Zunächst werde eine Medikamentenliste automatisch erstellt, es gebe eine Vorbefüllung mit Abrechnungsdaten, die im Übrigen schon seit 2019 an das Forschungsdatenzentrum (FDZ) weitergeleitet werden, deswegen laufe eine Klage, die seit längerem ruhe. Ab Mitte 2025 sollen dann alle ePA-Daten an das FDZ weitergeleitet werden, ab diesem Zeitpunkt sei auch ein e-Medikationsplan vorgesehen. Die Patientenquittungen, die jetzt schon erstellt werden können und dann anhand der Abrechnungsdaten über die ePA erstellt werden sollen, würden im Übrigen nur die unbudgetierten Honorare vor der Kürzung enthalten und seien deswegen irreführend. Die vorgesehene Forschung mit Abrechnungsdaten sei überhaupt nicht sinnvoll, weil bei-

spielsweise zur Begründung bestimmter Verordnungen Verdachtsdiagnosen codiert werden müssen, weil sonst das Medikament nicht verschrieben werden kann. Wenn z. B. (Lebens-)versicherer Krankenkassenauszüge verlangen, können solche Abrechnungsdiagnosen fatal werden.

Die Befüllung der ePA solle voraussichtlich durch den Hausarzt erfolgen, dabei werde die Erstanlage ab 2025 mit 11,03 Euro vergütet. Jede weitere Bearbeitung, auch durch andere Ärzte und egal wie umfangreich, werde dann nur noch mit 1,86 Euro vergütet, jeweils nur einmal im Quartal.

Mit der ePA „ist die ärztliche Schweigepflicht nach 2.500 Jahren Makulatur!“

Die ärztliche Schweigepflicht ist in § 9 Absatz 1 der Musterberufsordnung geregelt. Sie ist auch eine Nebenpflicht aus dem zwischen Arzt und Patient geschlossenen Behandlungsvertrag,

der in den §§ 630a ff Bürgerliches Gesetzbuch BGB geregelt ist. In § 203 des Strafgesetzbuches (StGB) ist das Patientengeheimnis geschützt, bei Missachtung drohen Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe. Außerdem gibt es berufsrechtliche Konsequenzen und/oder private Schadensersatzansprüche. Mit der „ePA für Alle“ werde dies ein Problem. S. Lüder projizierte eine sehr lange Liste von Akteuren, die auf die ePA zugreifen dürfen, die von Ärzten über Apotheker, Psychotherapeuten, Pflegepersonal, Heilmittelerbringer und Gehilfen, öffentlichem Gesundheitsdienst bis hin zu Arbeitsmedizinern und Betriebsmedizinern reicht. Diese Tatsache sei kaum bekannt, weil sie weit hinten in den viele Seiten langen Regelwerken und Informationsschriften gut versteckt sei, die kaum jemand bis zum Ende durchlese. Der Zugriff werde jeweils für 90 Tage freigeschaltet, nur für Apotheker sei er auf drei Tage begrenzt. Diese großzügigen Zugriffsmöglichkeiten seien geschaffen worden, als noch

Die ärztliche Schweigepflicht

„Was immer ich sehe und höre, bei der Behandlung oder außerhalb der Behandlung, im Leben der Menschen, so werde ich von dem, was niemals nach draußen ausgeplaudert werden soll, schweigen, indem ich alles Derartige als solches betrachte, das nicht ausgesprochen werden darf.“

Hippokrates 460 v.C.

„Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.“

Deklaration von Genf

„Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen der Patientin oder des Patienten, Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.“

Musterberufsordnung § 9 (1)

eine Opt-In-Regelung vorgesehen war, seien aber mit der Umstellung auf ein Opt-Out-Verfahren nicht angepasst worden. Die Aufklärung der Patienten durch die Kassen sei teilweise irreführend und unvollständig, besonders die umfangreichen Zugriffsmöglichkeiten durch viele Berufsgruppen würden unterschlagen. Der Patient habe nur bei aktivierter ePA-App der Krankenkasse Kontrolle über seine Daten, dazu benötige er unter anderem ein modernes Mobilgerät mit NFC-Funktion und müsse vorher ein Postident-Verfahren durchführen oder einen elektronischen Personalausweis besitzen. In der Strafprozessordnung (StPO) §97 ist ein Beschlagnahmeschutz für ärztliche Untersuchungsbefunde, die sich bei Ärzten mit Zeugnisverweigerungsrecht befinden, geregelt. Verlassen jedoch Patientendaten die geschützte Vertrauens- und Geheimnisssphäre des Arzt-Patientenverhältnisses, entfalle der Beschlagnahmeschutz gemäß des wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages 2023. „Damit ist die ärztliche Schweigepflicht nach 2.500 Jahren Makulatur“, so S. Lüder. Auch die informationelle Selbstbestimmung sei ein allgemeines Persönlichkeitsrecht nach Artikel 2 Grundgesetz, das durch die ePA ausgehebelt werde. Mit juristischen Problemen für Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sei zu rechnen. Es sei unklar, ob man jedes Dokument in der ePA öffnen und lesen muss, um Haftungsrisiken zu vermeiden. Die KBV-Rechtsabteilung erklärt hierzu, man müsse das nur, wenn es einen konkreten Hinweis darauf gebe, dass die ePA für die Behandlung relevante Informationen enthalte. Es werde keine neuen haftungsrechtlichen Risiken geben, habe der KBV-Jurist Dr. Christoph Weinrich erklärt. S. Lüder wies jedoch darauf hin, dass unklar bleibe, was genau ein konkreter Hinweis ist. Dafür gebe es keine

Zugriff auf die ePA haben

- ⊕ Ärzte, deren berufsmäßige Gehilfen und erforderlichenfalls weitere Personen
- ⊕ Zahnärzte, deren berufsmäßige Gehilfen und erforderlichenfalls weitere Personen
- ⊕ Apotheker und pharmazeutisches Personal
- ⊕ Psychotherapeuten, deren berufsmäßige Gehilfen und erforderlichenfalls weitere Personen
- ⊕ Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
- ⊕ Altenpfleger
- ⊕ Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- ⊕ Hebammen
- ⊕ Heilmittelerbringer (Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Ernährungsberater, medizinische Fußpfleger und weitere Berufsgruppen), deren berufsmäßige Gehilfen und erforderlichenfalls weitere Personen
- ⊕ Öffentlicher Gesundheitsdienst
- ⊕ Arbeitsmediziner, Betriebsmediziner
- ⊕ Notfallsanitäter

Quelle: Übersicht von S. Lüder und § 352 SGB V

eindeutigen juristischen Maßstäbe, gegebenenfalls müsse ein Sachverständiger im Gerichtsverfahren klären, welche Informationen medizinisch relevant waren. S. Lüder bezeichnete das als ein Konjunkturprogramm für Arzthaftungsprozesse. Sie wies auch darauf hin, dass es bei einem Befunderhebungsfehler zur Beweislastumkehr kommt. S. Lüder zeigte einen Videomitschnitt von der Data for Health Conference im Juni 2023 mit der Ankündigung von K. Lauterbach, in Zukunft werde das Arzt-Patientengespräch einfach mitgeschnitten und könne so ohne Aufwand in die ePA einfließen. Im Jahr 2024 sei K. Lauterbach mit dem BigBrother-Award, dem Oscar für die Datenkraken, ausgezeichnet worden. Oft werde argumentiert, Deutschland sei furchtbar rückschrittlich bei der Digitalisierung, andere Länder würden es viel besser machen. Konkret gebe es aber zum Beispiel in England eine Kooperation zwi-

schen NHS und Google, die zur teilweisen Vermeidung von Arztbesuchen und langen Behandlungsausfällen geführt habe, nachdem Patientendaten gehackt worden waren. In Dänemark hätten beispielsweise Informationen über ADHS oder Depressionen bei Kindern später zu langen Wartezeiten auf Führerscheinzulassungen geführt. Große Mengen von Gesundheitsdaten würden gerne das Ziel von Hackerangriffen, so gab es im Februar 2024 einen Ransomwareangriff auf Change Healthcare, bei dem sensible Gesundheitsdaten von 100 Millionen Menschen gestohlen wurden. Der Cyberangriff sei auch ursächlich für Ausfälle im US-Gesundheitssektor gewesen. Unabhängig davon gebe es praktische Probleme ohne Ende, am 7. November 2024 hätten die ePA-Aktensysteme von IBM und RISE noch keine Zulassung gehabt, obwohl das System ab Januar 2025 eingeführt werden solle. Die Testsysteme seien teil-

weise instabil, es gebe unklare Vorgaben. Bilddateien im .jpg- oder .png-Format könnten nicht verarbeitet werden, mit Problemen bei der Performance und überfordertem Support müsse gerechnet werden. Auch S. Lüder bezeichnete die dezentrale Datenspeicherung als die bessere Alternative. Dabei könnten Notfalldaten durchaus auf der Versicherungskarte gespeichert werden. Die digitale Kommunikation müsse zielgerichtet und in einem echten Behandlungskontext stattfinden, Forschung sollte mit qualifizierten Fragestellungen und Einverständnis der Patienten erfolgen. Die Freie Ärzteschaft beschäftigt sich seit 20 Jahren mit dem Thema ePA und dem Erhalt der ärztlichen Schweigepflicht. Zudem engagieren sich im „Bündnis für Information und Aufklärung“ Patientenvertreter, Datenschützer, Informatiker, Juristen, Ärztenverbände und Psychotherapeuten. Unter anderem wurde von diesem Bündnis ein Widerspruchsgenerator erarbeitet (<https://widerspruch-epa.de>). S. Lüders Fazit war knapp und klar: „Widerspruch ist möglich!“

„Digitalisierung zwischen Forschung und Fetisch“: Die Sicht des Experten für evidenzbasierte Medizin und Qualitätssicherung

Prof. Dr. Jürgen Windeler, bis zum Jahr 2023 langjähriger Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), kritisierte viele strukturelle Fehler der ePA: Bei Entscheidungen in einem Gesundheitssystem gehe es in aller erster Linie um die Frage, ob dieser Weg gesundheitliche Vorteile für Betroffenen bringe. Dafür seien geeignete Nachweise zu erbringen. Die Vorteile seien dann gegen die Nachteile abzuwägen, so begann J. Windeler seinen Vortrag. Es gebe sehr hohe Erwartungen an die Digitalisierung, der „Nachweis“ des Nutzens



Diskussionsrunde (v.l.n.r.): Jan Scholz, Prof. Ulrich Kelber, Dr. med. Silke Lüder, Prof. Dr. Jürgen Windeler, Wieland Dietrich

digitaler Anwendungen bestehe in vielen Fällen jedoch nur aus Versprechungen. So werde unter anderem behauptet, Daten könnten „Menschen heilen“ oder „Leben retten“. Daten nicht zu nutzen „töte Patienten in großem Maßstab“. Alena Buyx, die damalige Vorsitzende des Deutschen Ethikrats, sagte in einem Interview, hierfür gebe es viele Beispiele – auf seine Nachfrage konnte sie J. Windeler aber keine einzige Quelle benennen. Die Krankenkassen schreiben anlässlich der Einführung der ePA derzeit ihre Mitglieder an mit Formulierungen wie „Daten stets im Blick – Papierlos und sicher“, sogar „absolut sicher“, dabei werde auch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen erwähnt. Wie schon seine Vorrednerin legte er dar, dass – anders als behauptet – nur ein kleiner Teil der Doppeluntersuchungen durch die ePA vermieden werden könne. Letztlich gehe es bei den aufgeführten Vorteilen immer nur um mehr Bequemlichkeit, nicht aber um gesundheitlichen Nutzen. Zu Risiken und Nebenwirkungen der ePA falle buchstäblich kein Wort – auch am Datenschutz werde unaufhörlich genagt beziehungsweise beschwichtigt. J. Windeler zerlegte die Behauptung des ehemaligen Gesundheitsministers Jens

Spahn, Datenschutz „sei nur etwas für Gesunde“. Gesunde hätten im Allgemeinen nichts zu verbergen, mit Problemen durch fehlenden Datenschutz hätten nur Kranke zu rechnen, besonders die noch nicht ganz alten Multimorbiden. Zum Beispiel beim Versuch, eine Versicherung abzuschließen oder bei der Bewerbung auf einen Arbeitsplatz, könne mangelnder Datenschutz fatal werden.

Nutzaussagen sind nur als Vergleich möglich

Es werde von politischer Seite erklärt, die ePA benötige einen Vertrauensvorschuss, der Nutzen käme dann später, wenn sie angewendet wird. Nutzen sei in der Medizin klar definiert: „Der Effekt einer Behandlung für einen bestimmten Patienten ergibt sich aus dem Unterschied zwischen dem, was mit ihm passiert, nachdem er behandelt wurde und dem, was mit ihm passiert wäre, wenn er nicht behandelt worden wäre.“ Nutzaussagen könne man also überhaupt nur aus dem Vergleich der beiden Möglichkeiten ableiten. Dies sei nur durch den Vergleich von Gruppen verschiedener Patienten bei gleicher Ausgangssituation möglich. Digitalisie-

zung sei ebenso wie beispielsweise Big Data oder Real World Evidence (RWE) keine Methode und löse keine methodischen Probleme – oder sei jedenfalls bisher jeden Beweis dafür schuldig geblieben. Über die Nutzung der Gesundheitsdaten solle das im Aufbau befindliche Forschungsdatenzentrum (FDZ) entscheiden. Auf der Website des FDZ seien keinerlei Hinweise über die Arbeitsweise des Zentrums zu finden. Die Liste der möglichen Voraussetzungen für einen Zugriff auf die über das FDZ zur Verfügung gestellte ePA-Daten, die er auch projiziert, ist sehr lang und sehr weich definiert. Hohe Erwartungen würden aus dem Bundesgesundheitsministerium auch in den Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) und schließlich auf die Möglichkeit für den transatlantischen Austausch von Gesundheitsdaten gesetzt. Den BigBrotherAward habe K. Lauterbach für den von ihm mitverantworteten EHDS und dessen nationale Umsetzung erhalten. Beide Gesetze erlaubten nach einem weitgehend unbestimmten Verfahren mit unzureichenden Schutzvorkehrungen die Verarbeitung von hochsensiblen Gesundheitsdaten. J. Windeler schilderte mehrere Beispiele, wie durch falsche Methodik völlig unbrauchbare Studienergebnisse und somit überflüssige Studien zustande kommen können, sogenannter „Research Waste“. Bei der Nutzung von ePA-Daten für Forschungszwecke müsse man mit solchem Research Waste rechnen. Wo Digitalisierung zum Selbstzweck werde, schade sie sich selbst am meisten.

Politik und ärztliche Selbstverwaltung ohne Einsicht

In der folgenden – von Jan Scholz moderierten – Diskussionsrunde stellte W. Dietrich nochmals klar, dass zwi-

schen der sinnvollen, erforderlichen Kommunikation zwischen Ärzten und dem Sammeln von Daten unterschieden werden müsse. Er wies darauf hin, dass ein erhebliches kommerzielles Interesse am durch die ePA gesammelten Datenschatz von Politik und Gematik verschwiegen werde. Die ePA koste den Arzt einen Teil der ohnehin schon viel zu knapp bemessenen Arztzeit, für die Patientenversorgung bleibe dadurch noch weniger Zeit übrig. Dadurch, dass der Patient nicht wisse, was auf dem e-Rezept stehe, könne es im Übrigen auch zu praktischen Problemen kommen. U. Kelber konkretisierte, dass es bei Forschungsanwendungen darauf ankomme, welche Art von Daten verwendet werde. Abrechnungsdaten seien jedenfalls denkbar schlecht für Forschungszwecke geeignet. Die Mustererkennung sei auch kein Heilsversprechen. Sinnvoll sei die Datenerfassung nur, wenn der Behandlungsnutzen durch die Kenntnis der Kohortendaten steige, zum Beispiel durch Informationen zur Haltbarkeit von Implantaten. Brauchbar seien solche Studien aber auch nur bei vollständiger Erfassung der Daten. U. Kelber wies zudem darauf hin, dass bei der ePA 2.0 noch individuell verschlüsselte Datenspeicherung vorgesehen war, die Verschlüsselung fehle bei der jetzt aktuellen ePA 3.0 aus praktischen Gründen (mangelnde Durchsuchbarkeit), wodurch das Sicherheitsniveau deutlich sinke. S. Lüder ergänzte, innerhalb von 20 Jahren seien die Sicherheitsstandards immer weiter abgebaut worden. Das werde von allen politischen Parteien unterstützt, Widerstand sei nur über Bürger und Ärzte möglich, beide Gruppen würden jedoch systematisch getäuscht. Die Bundesärztekammer, die eigentlich für die Schweigepflicht zuständig wäre, äußere sich nicht dazu. Auch die KBV habe sich

der Werbekampagne für die ePA leider angeschlossen. W. Dietrich rechnet auf mittlere Sicht mit Überlastung der jetzt schon überlasteten Praxen, wodurch die Versorgung massiv geschädigt werde. Langfristig steige das Datenschutzrisiko immer weiter. U. Kelber kam bei der Frage, ob es im Ausland bessere Lösungen gebe, zunächst darauf zurück, dass beispielsweise in Finnland nach dem Datenleck immer noch Patienten erpresst würden. Manche Länder hätten ganz andere Voraussetzungen. Als Beispiel führte er Estland auf, wo jede Person eine eigene Kennung habe, sodass strafrechtlich verfolgt werden könne, wenn jemand unerlaubt Einblick in die Patientendaten nimmt. S. Lüder betonte, dass es wichtig sei, dass andere Kommunikationswege weiterhin Bestand hätten, da die Daten in der ePA unvollständig und unübersichtlich sind. Es wäre wichtig, dass der Dienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) weiter ausgebaut wird und auch alle Kliniken angeschlossen werden. J. Windeler wies darauf hin, dass die Patienten jetzt mit ihren Daten bezahlen, obwohl noch unklar sei, ob sie jemals einen Nutzen davon haben. Der Prozess könne ja nicht rückgängig gemacht werden, wenn der Nutzen später nicht eintrete. Die Kassen seien verpflichtet, allen Patienten die jeweils über sie gespeicherten Informationen zur Verfügung zu stellen, dies erfolge allerdings nur über die App, die eben nicht von allen Patienten genutzt werden könne, gegebenenfalls sei dies juristisch einklagbar. W. Dietrich erklärte, er habe das Problem für sich dadurch gelöst, dass seine Praxis noch nicht an die TI angeschlossen sei. Er habe dadurch keine Nachteile, im Gegenteil: Er habe sich Nachteile erspart. Es fallen zwar Strafzahlungen an, dafür erspare er sich aber im Gegenzug die Behinderung der Arbeitsabläufe. ◀