

Antwort
der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Marina Steindor
und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
— Drucksache 13/2772 —

Wirkungen des Chipkarten-Einsatzes im Gesundheitswesen

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurden die erst 1989 geschaffenen Vorschriften im Sozialgesetzbuch (§§ 284 bis 305 SGB V) über die Verarbeitung von Patientendaten erweitert. Sie sehen vor, daß die Abrechnung medizinischer Leistungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen auf EDV umgestellt wird. Insbesondere muß der Datenausgleich zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgen. Ein zentraler Baustein in diesem System der automatisierten Verarbeitung von Patientendaten ist die Krankenversichertenkarte, die mittlerweile den Krankenschein aus Papier ersetzt hat (§ 291 SGB V).

Der elektronische Datenaustausch führt dazu, daß die Krankenkasse umfassend und detailliert Einblick in das Leistungsgeschehen zwischen Arzt und Patient nehmen können. Über jede Behandlung erhalten die Krankenkassen arzt- und fallbezogen die codierte Diagnose, das Datum der Behandlung und die abgerechneten Gebührennummern. In bestimmten Fällen können die Krankenkassen darüber hinaus die Daten auf den einzelnen Patienten bezogen auswerten, etwa wenn sie den Verdacht hegen, daß ein Arzt falsch abgerechnet oder ein Patient Leistungen erschlichen hat (Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern vom 2. September 1994 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen).

Unter der Maßgabe, im Gesundheitswesen Kosten zu senken und das Prinzip der Einzeleistungvergütung beizubehalten, entsteht der Druck, das Verhalten der Ärzte im einzelnen zu überwachen und regulierend in das Arzt-Patient-Verhältnis einzugreifen. Die per Computer auswertbaren Daten bilden dafür die Grundlage. Datenschützer weisen darauf hin, daß diese Kontrollmöglichkeiten das Arztgeheimnis und die ärztliche Therapiefreiheit gefährden, die ihrerseits dazu dienen, die Selbstbestimmung des Patienten über seinen Körper und seine Persönlichkeit zu sichern.

Obwohl gesetzlich festgelegt ist, daß nur wenige Verwaltungsdaten zu bestimmten Zwecken auf der Krankenversichertenkarte gespeichert werden dürfen, entschieden sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen nicht für eine einfache Magnetstreifenkarte. Vielmehr vereinbarten sie am 22. Juli 1992 die Einführung der Krankenversichertenkarte als Chipkarte. Damit

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 13. November 1995 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

eröffneten sie den Weg für den Aufbau einer technischen Infrastruktur, die den Einsatz von Patienten-Chipkarten ermöglicht, auf denen auch medizinische Daten, etwa Diagnosen, Behandlungen und Verschreibungen, gespeichert werden können.

Krankenkassen-Verbände, Ärztefunktionäre, EDV-Industrie und Medizin-Informatiker fördern den Einsatz solcher Patienten-Chipkarten. In Deutschland und der Europäischen Union laufen zahlreiche Modell-Projekte zum Einsatz medizinischer Patienten-Chipkarten, bzw. von Chipkarten für Beschäftigte im Gesundheitswesen, sogenannten „Professional Cards“ (Koblenzer Modell, A(potheken)-Card, VitalCard, Diabcard etc.). Auf europäischer Ebene wird die Standardisierung medizinischer Datensätze und die technische Normung vorangetrieben.

Wichtige Vorentscheidungen sind bereits ohne Mitwirkung der Betroffenen getroffen worden. So kritisiert die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patienten- und Patientinnen-Initiativen, daß es bislang keine breite öffentliche Diskussion über die Folgen eines datenorientierten Gesundheitswesens und diesbezüglicher Alternativen gegeben habe. Um die Rechte der Betroffenen zu sichern, sind – so die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder – bereichsspezifische Regelungen für den Einsatz und die Nutzung freiwilliger Patienten-Chipkarten erforderlich.

Die Krankenversichertenkarte und die elektronische Verarbeitung der Daten von Patientinnen und Patienten

1. Welche Risiken für das Arztgeheimnis entstehen durch den Einsatz der Krankenversichertenkarte und den damit verbundenen Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen?

Welcher Nutzen steht nach Auffassung der Bundesregierung dagegen?

Der Gesetzgeber hat bei den Regelungen zur Krankenversichertenkarte und zum Datenaustausch zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern den Belangen des Datenschutzes in umfassender Weise Rechnung getragen; die Regelungen sind im einzelnen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz abgestimmt worden. Die Sozialdaten der Versicherten sind durch umfassende Vorschriften geschützt.

Die bis zum 1. Januar 1995 eingeführte Krankenversichertenkarte enthält ausschließlich die im Gesetz abschließend aufgeführten acht administrativen Angaben zum Versicherten und zur Krankenkasse, jedoch keine medizinischen Patientendaten.

Die Krankenversichertenkarte ermöglicht eine rationelle elektronische Übertragung der Angaben zur Person des Versicherten auf die verschiedenen, von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern verwendeten Formulare.

Die bisher manuelle Bearbeitung von jährlich rd. 1 Mrd. Abrechnungsbelegen durch die Krankenkassen kann durch die moderne Kommunikationstechnik wesentlich vereinfacht werden. Gleichzeitig werden elektronische Auswertungen von Abrechnungsdaten mit einem vertretbaren Aufwand ermöglicht.

Für die Abrechnung der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen werden die dafür erforderlichen Daten fallbezogen, nicht versichertenbezogen, an die Krankenkassen übermittelt. Personenbezogene Daten werden in einem gesetzlich konkret und abschließend geregelten Umfang für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Ärzten und Zahnärzten übermittelt. Dieser Datenaustausch zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen/-zahnärztlichen Vereinigungen trägt den Anforderungen des Datenschutzes in umfassender Weise Rechnung.

2. Was hat die Bundesregierung bisher unternommen, um sicherzustellen, daß die Bürgerinnen und Bürger über den Stand und die Auswirkungen der Verdattung im Gesundheitswesen sowie über ihre Rechte als Versicherte umfassend informiert und vor den Gefahren der Verdattung geschützt werden?

Das Bundesministerium für Gesundheit hat durch Informationsbroschüren, Pressemitteilungen und weitere Informationsdienste der Bundesregierung über die Einführung der Krankenversichertenkarte und die damit verbundenen Regelungen zum Datenträgeraustausch informiert.

Vor allem sind jedoch die Krankenkassen und ihre Verbände zur Aufklärung, Beratung und Auskunftserteilung gegenüber den Versicherten verpflichtet. Die Kontrolle über die Einhaltung des Datenschutzes obliegt den Datenschutzbeauftragten. Sie erstellen über ihre Tätigkeit jährlich einen Bericht. Ist jemand der Ansicht, in seinen Rechten verletzt worden zu sein, kann er sich an die Beauftragten für den Datenschutz wenden.

3. Welche Institute wurden mit der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Einführung der Krankenversichertenkarte beauftragt? Welche Ergebnisse haben sie bislang vorgelegt, und welche Konsequenzen sind bereits daraus gezogen worden?

Zur Einführung der Krankenversichertenkarte ist eine wissenschaftliche Begleituntersuchung im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung und das Wissenschaftliche Institut der AOK durchgeführt worden. Diese Institute haben insbesondere gerätetechnische Aspekte und praxisorganisatorische Folgen des Einsatzes der Krankenversichertenkarte untersucht. Sie haben weiterhin Befragungen von Krankenkassen, Versicherten und Ärzten in den Einführungsregionen der Karte durchgeführt sowie die Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzten untersucht.

Wichtigstes Ergebnis dieser Begleitforschung ist nach Auffassung der Bundesregierung, daß die Anlaufschwierigkeiten bei der Einführung der Karte inzwischen überwunden sind und die Krankenversichertenkarte von Krankenkassen, Ärzten und Patienten überwiegend ohne Probleme angewendet wird. Darüber hinaus wird die Ablösung des Krankenscheins durch die Krankenversichertenkarte von der weit überwiegenden Mehrzahl der Patienten begrüßt.

Ein weiteres Ergebnis der Begleituntersuchung ist, daß die Einführung der Krankenversichertenkarte weder zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Ärzten noch zu einem häufigeren Arztwechsel durch Versicherte geführt hat. Auch die Zahl der Inanspruchnahmen von Haus- und Fachärzten hat sich aufgrund der Einführung der Karte nicht verändert. Allerdings nehmen Versicherte jetzt häufiger Fachärzte ohne vorherige Überweisung durch den Hausarzt in Anspruch.

Die Einführung der Krankenversichertenkarte und der damit verbundene Rückgang von Überweisungen gibt Anlaß für eine Neu-

gestaltung der Verfahren des Informationsaustausches zwischen den behandelnden Ärzten. Das Gesundheitsstrukturgesetz sieht hierzu vor, daß der Hausarzt die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung gewährleistet; der Informationsaustausch zwischen den behandelnden Ärzten soll sichergestellt werden. Die Selbstverwaltung ist aufgefordert, diese gesetzliche Vorgabe zügig umzusetzen.

4. Welche Ziele verfolgt das Bundesministerium für Gesundheit mit dem von ihm in Auftrag gegebenen Pilotprojekt „Kassenübergreifende Nutzung von Leistungsdaten in der gesetzlichen Krankenversicherung“, das in Kooperation mit der AOK Bayern läuft?
Welche Teilprojekte gibt es, und welches finanzielle Volumen haben sie?

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert ein Pilotprojekt der Krankenkassen in Bayern zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zum Datenträgeraustausch zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen. Zielsetzung des Projektes ist die Entwicklung einer organisatorischen und technischen Systemroutine für die kassenübergreifende Zusammenfassung und Auswertung von Daten für Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Leistungserbringung der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser. Die Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen im Rahmen dieses Projektes ist gewährleistet. Zu den Kosten des Pilotprojektes leistet das Bundesministerium für Gesundheit in den Jahren 1994 und 1995 eine Zuwendung von insgesamt rd. 1,3 Mio. DM.

Im Rahmen des Pilotprojektes werden folgende Teilvorhaben bearbeitet: Fachliche Koordination einschließlich einer Gesamtkonzeption und eines Gesamtberichts; Organisation von Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen in der Pilotregion; Erstellung von Konzepten für eine Datenaufbereitung für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser; Erstellung einer Konzeption für ein Berichtssystem über Leistungsstrukturen und Kostendeterminanten in der gesetzlichen Krankenversicherung.

5. Zur Zeit hat jede Krankenkasse nur Einblick in einen begrenzten Ausschnitt der ärztlichen Tätigkeit, weil sie nur Daten über die Behandlung ihrer Mitglieder erhält. Durch eine kassenübergreifende Nutzung der Leistungsdaten bekäme jede Kasse einen vollständigen Einblick in das Leistungsverhalten eines Arztes und könnte mit der entsprechenden Software nach bestimmten Kriterien Ärzte oder Arztgruppen herausfiltern.
Welche zusätzlichen Auswertungsmöglichkeiten erwachsen für die gesetzlichen Krankenkassen daraus, daß die Leistungsdaten kassenübergreifend zusammengeführt werden?
Welche „Auswertungsmuster“ für die Durchführung der verschiedenen Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Qualitätssicherung sind bereits erstellt worden?

Das Gesundheitsstrukturgesetz sieht vor, daß die Krankenkassen die Prüfung der Wirtschaftlichkeit gemeinsam und einheitlich

durchführen. Die Regelung hat das Ziel, eine Kumulation von Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Ärzten zu vermeiden und die Voraussetzungen für eine sachgerechte, Praxisbesonderheiten berücksichtigende Prüfungsweise zu verbessern. Durch die Bildung gemeinsamer Prüfungsausschüsse wird eine mehrfache Prüfung des Arztes bzw. des Zahnarztes wegen gleicher Sachverhalte von Krankenkassen verschiedener Kassenarten ausgeschlossen. Eine kassenübergreifende Zusammenführung personenbezogener Daten ist nur im Rahmen der gesetzlichen Regelungen zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser zulässig.

Die Krankenkassen können zur Vorbereitung der Prüfungen Arbeitsgemeinschaften bilden und diese mit der Speicherung und Verarbeitung der dafür erforderlichen Daten beauftragen. Die den Arbeitsgemeinschaften zu übermittelnden versichertenbezogenen Daten sind vor der Übermittlung in einer Weise zu anonymisieren, die eine Identifikation des Versicherten durch die Arbeitsgemeinschaft ausschließt. Eine Identifikation ist nur zulässig, soweit sie im Rahmen eines Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern erforderlich ist (§ 303 Abs. 2 SGB V).

Durch die kassenübergreifende Datenzusammenführung entstehen keine zusätzlichen Auswertungsmöglichkeiten; vielmehr wird dadurch eine breitere und damit tragfähigere Datenbasis für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser geschaffen. Ein wesentlicher Mangel der bisher durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfungen bestand darin, daß nur fragmentarische Datengrundlagen, jeweils für bestimmte Kassenarten, verfügbar waren.

Die Arbeiten zur Erstellung sogenannter „Auswertungsmuster“ zur Aufbereitung der verfügbaren Daten für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind noch nicht abgeschlossen.

6. Die Auswertung der Daten macht nur einen Sinn, wenn auch Konsequenzen aus den Ergebnissen gezogen werden können.

Welche organisatorischen, technischen und rechtlichen Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, um sicherzustellen, daß auf der Grundlage der ausgewerteten Daten Qualität und Wirtschaftlichkeit medizinischen Handelns stärker kontrolliert werden?

Die Bundesregierung hält die bestehende gesetzliche Regelung für sachgerecht, nach der die zuständigen Vertragspartner in Selbstverwaltung das Verfahren zur Beurteilung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der ambulanten und der stationären Versorgung festlegen.

7. Wie will die Bundesregierung die ärztliche Therapiefreiheit und die Selbstbestimmung des Patienten über seinen Körper und seine Persönlichkeit sichern, wenn auf der Grundlage detaillierter Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsvergleiche der Druck erhöht wird, medizinische Behandlungen zu standardisieren und Leistungen zu rationieren?

Jeder Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung hat einen Rechtsanspruch auf die für ihn medizinisch notwendige Behandlung. Eine Normierung der ärztlichen Diagnostik und Behandlung ist weder vorgesehen noch gewollt. Bei der Prüfung des ärztlichen Handelns werden auch künftig Besonderheiten des Einzelfalles berücksichtigt. Diese Rechtslage ist auch durch das Gesundheitsstrukturgesetz bestätigt worden.

8. Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch ist festgelegt, daß die Behandlungsdaten „den Krankenkassen“ übermittelt werden.

Ist die Bundesregierung der Auffassung, daß damit gemeint ist, daß die Daten an die Gesamtheit der Krankenkassen übermittelt werden, in dem Sinne, daß jede Kasse auch die Daten über die Versicherten anderer Kassen erhalten darf?

Im Rahmen des Datenträgeraustausches erhält jede Krankenkasse von den Leistungserbringern nur Daten für ihre Mitglieder und deren mitversicherte Familienangehörige. Soweit im Rahmen der gesetzlichen Regelungen eine kassenübergreifende Zusammenführung von versichertenbezogenen Angaben durch Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen zulässig ist, sind versichertenbezogene Angaben vor der Übermittlung zu anonymisieren (§ 303 Abs. 2 SGB V). Damit ist ausgeschlossen, daß eine Krankenkasse Einblick in versichertenbezogene Daten anderer Krankenkassen erhält.

9. Prüft die Bundesregierung, das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch oder andere Datenschutzvorschriften zu ändern, um die geplante kassenübergreifende Auswertung von Leistungsdaten rechtlich zulässig zu machen?

Die Bundesregierung hält eine Änderung der gesetzlichen Regelungen nicht für erforderlich.

10. Was hat die Bundesregierung bisher unternommen, um die Versicherten, die von Pilotprojekten zur kassenübergreifenden Nutzung von Leistungsdaten, wie in Bayern, betroffen sind, über die Weitergabe ihrer Daten an andere Kassen als an ihre eigene zu informieren?

Soweit versichertenbezogene Angaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen kassenübergreifend zusammengeführt werden, sind diese Angaben vor der Übermittlung an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen zu anonymisieren. Damit ist ausgeschlossen, daß Krankenkassen Daten von Versicherten anderer Krankenkassen erhalten.

11. Das Sozialgesetzbuch sieht vor, daß private Vermittlungsstellen eingerichtet werden können, die Abrechnungsdaten von den Leistungserbringern an die Krankenkassen übermitteln.

Welche Krankenkassen arbeiten nach Kenntnis der Bundesregierung mit welchen privaten Vermittlungsstellen zusammen?

Ersatz-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftliche Krankenkassen haben jeweils in Verträgen die Firma debis Systemhaus Network Services GmbH, Eschborn, mit der Annahme und Weiterleitung von Daten der Leistungserbringer an die Krankenkassen beauftragt.

12. Wie beurteilt die Bundesregierung, daß das Debis Systemhaus die Übermittlung sämtlicher Abrechnungsdaten der Leistungserbringer im Gesundheitswesen und der 14 Ersatzkassen übernimmt und damit die Verarbeitung sensibler medizinischer Daten in bisher einmaligem Umfang an private Unternehmen ausgelagert wird?

Die Bundesregierung hat die Zulässigkeit des Vorhabens unter Einbeziehung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz insbesondere in datenschutzrechtlicher Hinsicht sorgfältig geprüft. Rechtsgrundlage für das Tätigwerden der Datenannahme- und -verteilstelle ist § 80 SGB X. Die Bundesregierung geht davon aus, daß sichergestellt ist, daß die Tätigkeit der Übermittlungsstelle sich auf technische Aspekte der Datenannahme und Verteilung beschränkt und weder eine inhaltliche Einsichtnahme in die Daten noch eine Auswertung durch die Übermittlungsstelle möglich ist.

13. Hält es die Bundesregierung derzeit für zulässig, wenn eine private Vermittlungsstelle wie das Debis Systemhaus auch die Auswertung der Leistungsdaten übernimmt?

Es bestand bisher keine Veranlassung zu überprüfen, ob einer privaten Vermittlungsstelle die Auswertung von Leistungsdaten übertragen werden kann. Insbesondere ist kein Projekt oder Vorhaben bekannt, nach dem die Firma debis Systemhaus solche Aufgaben wahrnehmen soll. Für eine Beurteilung der Zulässigkeit einer Auswertung von Leistungsdaten durch private Vermittlungsstellen besteht daher z. Z. auch keine Veranlassung.

14. Sind der Bundesregierung Pläne bekannt, weitere private Vermittlungsstellen einzurichten?
Wenn ja, zwischen welchen Vertragspartnern?

Der Bundesregierung liegen hierzu bisher keine Erkenntnisse vor.

15. Wie beurteilt die Bundesregierung, daß die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen in § 5 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern vom 2. September 1994 in Ausnahmefällen die Zusammenführung fallbezogener Abrechnungsdaten und personenbezogener Daten vereinbart haben, obwohl dies in § 295 Abs. 2 SGB V nicht vorgesehen ist?

Grundsätzlich ist die Zusammenführung fallbezogener und personenbezogener Daten unzulässig. Dies ist durch technische und organisatorische Maßnahmen sicherzustellen. Dies schließt

jedoch nicht aus, daß in gesetzlich vorgesehenen Fällen eine Zusammenführung der Datensätze erlaubt ist. Die Krankenkassen dürfen personenbezogene Daten für die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch abschließend genannten Zwecke erheben und erfassen, u. a. für die Prüfung der Leistungspflicht und die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 284 SGB V). Hierzu sind in dem Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen Begründungen und Aufgreifkriterien enumerativ festgelegt, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen in begründeten Einzelfällen den Krankenkassen auf Anforderung versichertenbezogene Abrechnungsdaten übermitteln. Es handelt sich hierbei insbesondere um Fälle möglicher Erstattungsansprüche von Krankenkassen gegen andere Leistungsträger der gesetzlichen Sozialversicherung, um Erstattungs- und Ersatzansprüche gegen Dritte und um Fälle des begründeten Verdachts auf Fehlabrechnungen und Vertragsverletzungen durch Vertragsärzte.

16. Welche technischen und organisatorischen Maßnahmen hält die Bundesregierung für geboten, um zu verhindern, daß bei den Krankenkassen gespeicherte Daten rechtswidrig repersonalisiert werden und individuelle Gesundheitsprofile und Leistungskonten über Patienten erstellt werden?

Die Verhinderung der Repersonalisierung gespeicherter Daten obliegt der Selbstverwaltung der jeweiligen Krankenkasse und ist durch diese mit geeigneten technischen und organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen.

17. Wer kontrolliert auf welche Weise wer wie häufig gegen den o. g. Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern verstößt?
Welche Sanktionen sind bei Verstößen vorgesehen?
In welcher Weise werden die in ihren Persönlichkeitsrechten verletzten Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten über diese Verstöße informiert?

Die Kontrolle über die Einhaltung des Datenschutzes obliegt den Datenschutzbeauftragten. Diese sind sowohl auf Bundes- und Landesebene als auch in der jeweiligen Krankenkasse und in den Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelt. Zu den Sanktionsmöglichkeiten wird auf die Beantwortung der Frage 19 verwiesen.

18. Im Rahmen des Projektes TARZAN (Transparenzsystem, Arzneimittel und Arzneikosten, Auswertungen) hat eine Datenverarbeitungsfirma 1993 im Auftrag der AOK Bremen/Bremerhaven rechtswidrigerweise Apotheken-Rezepte ausgewertet.
Welche weiteren Fälle dieser Art sind der Bundesregierung bekannt, und welche Maßnahmen will sie ergreifen, um diesen Mißbrauch systematisch zu verhindern?

Die Bewertung des genannten Projektes hinsichtlich seiner Zulässigkeit unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten ist Sache der zuständigen Landesaufsichtsbehörde. Aus dem Zuständig-

keitsbereich der Aufsichtsbehörden des Bundes sind vergleichbare Fallgestaltungen bisher nicht bekannt.

19. Welche Rechte und Sanktionsmöglichkeiten haben die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder, um zu gewährleisten, daß in den Regelungen über den Einsatz von Chipkarten im Gesundheitswesen der Datenschutz gemäß ihren Beschlüssen ausreichend berücksichtigt wird?

Die Rechte und Sanktionsmöglichkeiten der Datenschutzbeauftragten sind in den jeweiligen Datenschutzgesetzen und datenschutzrechtlichen Vorschriften geregelt.

20. Wie viele Beschäftigte arbeiten in den Datenverarbeitungsabteilungen der bundeseinheitlichen gesetzlichen Krankenkassen, und wie viele Datenschutzbeauftragte sind dafür zuständig zu überprüfen, ob deren Umgang mit personenbezogenen Daten den gesetzlichen Anforderungen entspricht?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

21. Hält die Bundesregierung die Rechte, Kontrollbefugnisse sowie die personelle und technische Ausstattung der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder angesichts der Computerisierung im Gesundheitswesen und der damit verbundenen wachsenden Gefährdung des informationellen Selbstbestimmungsrechtes der Bürger und Bürgerinnen für ausreichend?

Mit der zunehmenden Nutzung der Informationstechnik geht weiter, daß zunehmend wirksame und preiswerte technische Sicherheitskomponenten zur Verfügung stehen (z. B. Verschlüsselungsverfahren sowie Verfahren zur „elektronischen Unterschrift“ und sicheren Authentifizierung). Werden diese – wie beabsichtigt – eingesetzt, so ist damit ein hoher praktischer Datenschutz zu erreichen. Für den Bereich des Bundes sieht die Bundesregierung gegenwärtig keine Veranlassung, an den Befugnissen oder der technischen bzw. personellen Ausstattung des Datenschutzbeauftragten etwas zu ändern. Zum Bereich der Länder kann die Bundesregierung sich nicht äußern.

Patienten-Chipkarten

22. Welche Feldversuche mit medizinischen Patienten-Chipkarten werden zur Zeit von den Krankenkassen in Deutschland veranstaltet bzw. geplant?
- In welcher Weise ist die Bundesregierung im Rahmen ihrer Rechtsaufsicht in die Projekte involviert?

Der Landesverband der Betriebskrankenkassen Sachsen hat einen Feldversuch für eine Patienten-Chipkarte im April 1995 in Dresden begonnen. In Berlin beabsichtigen die Betriebskrankenkassen, im Rahmen eines Modellvorhabens zu vernetzten Arztpraxen ebenfalls die Einführung einer Patienten-Chipkarte. Die

AOK Leipzig plant Versuche mit einer Patienten-Chipkarte. Ferner hat die Kassenärztliche Vereinigung Koblenz in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung und mit der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände im Herbst 1995 einen Feldversuch in Neuwied mit Patienten-Chipkarten gestartet.

Die Rechtsaufsicht über diese Projekte liegt bei den Aufsichtsbehörden der Länder.

23. In welcher Weise fördert die Bundesregierung EU-Projekte zum Einsatz von Chipkarten in der Medizin?
Welche Konsequenzen hat die Bundesregierung aus den bisher vorliegenden Ergebnissen gezogen?

Diese Projekte werden ausschließlich von der Europäischen Kommission gefördert. Eine Förderung durch Finanzmittel der Bundesregierung erfolgt wie bei allen Kommissionsprogrammen nicht.

Konsequenzen können erst nach Abschluß der Vorhaben gezogen werden.

24. Welche europäischen Gremien und Ausschüsse befassen sich mit medizinischen Patienten-Chipkarten sowie den damit verbundenen Fragen der Standardisierung, Normung und Informationstechnik-Sicherheit?
Welche deutschen Vertreter sind in diesen Gremien beteiligt, und wer hat sie in welchem Verfahren dazu bestimmt?

Ergänzend zu den Steuerungsgremien der jeweiligen EU-Forschungsvorhaben werden die Fragen der Standardisierung und Normung im Europäischen Komitee für Normung, technisches Komitee 251 „Medical Informatics-CEN/TC 251“ behandelt. Dies ist kein Kommissionsgremium, sondern eine private Einrichtung. Die Mitglieder dieser Gremien sind nicht von der Bundesregierung benannt worden.

25. Hat die Bundesregierung in der Europäischen Kommission für die Einrichtung von EUROCARDS (Concerted Action on Patient Data Cards der Europäischen Kommission) gestimmt?
Welche Ergebnisse liegen bereits vor, und welche Konsequenzen will die Bundesregierung daraus ziehen?

Die Entscheidung zur Förderung dieser Konzertierte Aktion ist von der Kommission nach Zustimmung durch die zuständige Arbeitsgruppe nationaler Delegierter (AIM – Working Party) als Beratungsgremium der Kommission getroffen worden. Die deutschen Vertreter in der Arbeitsgruppe handeln im Auftrag der Bundesregierung. Wenngleich die Konzertierte Aktion inzwischen abgeschlossen ist, liegen bisher nur Zwischenergebnisse vor. Weitere Konsequenzen können nur nach Vorliegen der Schlußberichte gezogen werden.

26. Wie beurteilt die Bundesregierung das ökonomische Potential von Chipkarten im Gesundheitswesen in Deutschland und Europa?

Die bisher vorliegenden Erkenntnisse reichen für eine empirisch fundierte Prognose nicht aus.

27. Welche Unternehmen haben welchen Marktanteil an den bisher ausgegebenen Chipkarten im Gesundheitswesen?
Durch welche Maßnahmen werden sie diesbezüglich von der Bundesregierung gefördert?

Die Bundesregierung verfügt nicht über eine systematische Erfassung der Marktanteile in bezug auf Chipkarten. Eine Förderung einzelner Projekte durch die Bundesregierung erfolgt nicht.

28. Welche Studien sind der Bundesregierung bekannt, die die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Dokumentation ihrer Krankenunterlagen erforschen?
Beabsichtigt die Bundesregierung, diesbezügliche Forschungsansätze zu fördern?

Der Bundesregierung sind keine entsprechenden Studien bekannt. Eine Förderung entsprechender Forschungsvorhaben ist nicht vorgesehen.

29. Wie beurteilt die Bundesregierung Vorschläge, Beschäftigte im Gesundheitswesen dazu zu verpflichten, Patientinnen und Patienten Kopien von allen Dokumenten, die über sie erstellt worden sind, zur Verfügung zu stellen, um immer wieder auftretende Konflikte über die Einsicht in die eigenen Krankenunterlagen von vornherein auszuschließen?

Im Rahmen der Rechtsprechung auf dem Gebiet des Arzthaftpflichtrechtes ist zu der Dokumentationspflicht des Arztes auch das Recht des Patienten entwickelt worden, grundsätzlich Einsicht in die vom Arzt dokumentierten eigenen Krankenunterlagen zu erhalten. Dieser Anspruch erstreckt sich auf alle objektiven Feststellungen über den Gesundheitszustand des Patienten sowie Umstände und Verlauf der Behandlung einer Erkrankung (naturwissenschaftlich objektivierbare Befunde, Ergebnisse von Laboruntersuchungen, verabreichte oder verordnete Arzneimittel, Operationsberichte u. a.). Nicht dagegen erstreckt sich das Einsichtsrecht auf solche Aufzeichnungen des Arztes, die subjektive Wertungen über den Patienten oder vorläufige Aufzeichnungen des Arztes enthalten.

Soweit der Patient ein Recht auf Einsicht in seine Behandlungsunterlagen besitzt, hat er auch das Recht, auf seine eigenen Kosten eine Herausgabe einer Kopie oder auch des Originals (z. B. einer Röntgenaufnahme) zu erhalten.

Da auch das Einsichts- bzw. Herausgaberecht des Patienten gegenüber dem Arzt rechtlich ausreichend gesichert ist, bedarf es

keiner weitergehenden, insbesondere gesetzlichen Vorschriften hierüber. Das Recht des Patienten auf Einsicht und Herausgabe genügt gegenüber dem Arzt, da bei einer Behandlung dieser sein Vertragspartner ist. Ein entsprechender Anspruch gegenüber anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen erübrigt sich, sofern diese als Mitarbeiter des Arztes tätig werden. Soweit Vertreter von Gesundheitsberufen unmittelbare Vertragsbeziehungen zu Patienten haben (etwa Heilpraktiker oder Masseur), ist ein dem Arzt-Patienten-Verhältnis entsprechendes Einsichts- und Herausgaberecht des Patienten anzunehmen.

30. Was verspricht sich der Bundesminister für Gesundheit, Horst Seehofer, von seiner Schirmherrschaft für den Kongreß „Health Cards 95“, bei dem es sich laut Einladung nicht um einen wissenschaftlichen Diskurs, sondern um eine auf die Einführung neuer Kartensysteme in Europa konzentrierte Ausstellungs- und Informationsveranstaltung handelt?

Der Bundesminister für Gesundheit, Horst Seehofer, hat in seinem schriftlichen Grußwort hierzu u. a. ausgeführt, daß es allen Anlaß gibt zu prüfen, welche Möglichkeiten neue elektronische Verfahren für eine Verbesserung der ärztlichen Kommunikation bieten. Nach Auffassung der Bundesregierung ist es notwendig, die Diskussion über Chancen und Risiken neuer Technologien im Gesundheitswesen fortzusetzen.

31. Der Verband der sächsischen Betriebskrankenkassen hat ein Konzept ausgearbeitet, das vorsieht, auf einer Chipkarte Gesundheitsfonds einzurichten und z. B. die Teilnahme an Aktionstagen der Kassen zu belohnen.
Wie beurteilt die Bundesregierung dieses Projekt und Pläne, – etwa lebensstilbezogen – Bonus- und Maluspunkte auf Chipkarten zu speichern und Versicherungsbeiträge entsprechend zu staffeln?

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz 1988 ist das Gewicht der Prävention im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung verstärkt worden. In diesem Zusammenhang wurde nicht nur die Krankheitsverhütung ausgeweitet, sondern wurden erstmals auch Leistungen zur Gesundheitsförderung eingeführt. In § 20 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist seither festgelegt, daß die Krankenkassen in ihren Satzungen Ermessensleistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten vorsehen können. Sie können dabei Art und Umfang dieser Leistungen bestimmen und auch Leistungen in Form von Zuschüssen vorsehen.

Die Krankenkassen sind aufgrund dieser Regelungen weitgehend frei in ihrer Entscheidung, ob und ggf. in welchem Umfang sie solche Leistungen in ihren Satzungen vorsehen. Die Bundesregierung nimmt auf die Entscheidungen der Krankenkassen keinen Einfluß. Die Satzung ist von der zuständigen Aufsichtsbehörde zu genehmigen.

Die Bundesregierung verweist im übrigen darauf, daß die Eintragung von Merkmalen zum Gesundheitsstatus auf einer Chipkarte

die Zustimmung der betroffenen Patienten voraussetzt und anderenfalls unzulässig ist. Eine lebensstilbezogene Staffelung von Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung ist im geltenden Recht nicht vorgesehen.

32. Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen erprobt in Berlin eine BKK-Patientenkarte, die innerhalb eines Systems vernetzter Arztpraxen „zur Erhöhung des Informationsflusses“ beitragen soll. Wie beurteilt die Bundesregierung dieses Projekt und die Möglichkeiten, Chipkarten in solchen „shared care“-Systemen einzusetzen?

Nach Auffassung der Bundesregierung liegen bisher keine ausreichenden Erfahrungen darüber vor, ob Patienten-Chipkarten als Mittel zum Transport der Behandlungsdaten und Befunde zwischen den behandelnden Ärzten geeignet sind. Die Bundesregierung erwartet, daß diese Fragestellung im Rahmen der Begleitforschung zum Modellvorhaben der Betriebskrankenkassen in Berlin geprüft wird.

33. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften fordert in ihrer Resolution vom 6. Mai 1995, derzeitige Datenschutzblockaden abzubauen, die eine Zusammenführung personenbezogener Daten aus verschiedenen Quellen betreffen. Beabsichtigt die Bundesregierung in diesem Sinne gesetzgeberisch tätig zu werden? Wie beurteilt sie vor diesem Hintergrund den Einsatz von Chipkarten zum Zweck der Zusammenführung personenbezogener Daten aus verschiedenen Quellen („record linkage“)?

Nach geltendem Recht können medizinische Daten zu Forschungszwecken ausgewertet werden, sobald sie anonymisiert sind. Forschung mit medizinischen Daten kann auch durchgeführt werden, wenn der Patient seine Einwilligung erteilt hat oder eine entsprechende Vorschrift das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung einschränkt. Die Bundesregierung beabsichtigt daher nicht, entsprechende Vorschläge zur Änderung gesetzlicher Regelungen vorzulegen.

34. Welche rechtlichen, ökonomischen, medizinischen und gesellschaftlichen Folgen kann der Einsatz medizinischer Patienten-Chipkarten bewirken?

Der Informationsaustausch zwischen dem Hausarzt, den Fachärzten und den Krankenhäusern ist bisher unbefriedigend und muß verbessert werden. Hierbei muß auch geprüft werden, welche Möglichkeiten neue elektronische Verfahren für eine Verbesserung der Kommunikation im Gesundheitswesen bieten. Diese Fragestellung ist nicht auf den Einsatz von Patienten-Chipkarten beschränkt.

Sowohl in konzeptioneller Hinsicht als auch unter rechtlichen Gesichtspunkten sind noch viele Fragen bezüglich des Einsatzes von Patienten-Chipkarten ungeklärt. Bei der weiteren Diskussion

sollte nach Auffassung der Bundesregierung die Frage im Vordergrund stehen, ob und ggf. wie neue Informationstechnologien sinnvoll zum Nutzen der Patienten eingesetzt werden können. Die damit verbundenen Konsequenzen und Folgewirkungen müssen, u. a. auf der Grundlage der in einer Reihe von Ländern durchgeführten bzw. laufenden Modellprojekte, sorgfältig untersucht werden.

35. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, daß die Krankenversichertenkarte nicht durch Patienten-Chipkarten, auf denen auch die Verwaltungsdaten der Krankenversichertenkarte gespeichert sind, verdrängt wird?

Die Krankenversichertenkarte darf nur die im Gesetz abschließend genannten acht Angaben zur Krankenkasse und zur Person des Versicherten enthalten. Die Auftragung weiterer Daten auf die Karte ist unzulässig. Patienten-Chipkarten dürfen demnach nicht die Daten der Krankenversichertenkarte enthalten. Die Einhaltung dieser gesetzlichen Vorschrift wird von den zuständigen Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder überwacht.

36. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, wie sich das Arzt-Patient-Verhältnis sowie die Kommunikation der Ärzte untereinander durch den Einsatz von Chipkarten und den dadurch bedingten Kontextverlust der maschinenlesbar übermittelten Daten ändert?

Untersuchungen zur Auswirkung des Einsatzes von Patienten-Chipkarten auf das Patienten-Arzt-Verhältnis sind der Bundesregierung nicht bekannt. Nach Auffassung der Bundesregierung sind Patienten-Chipkarten u. a. danach zu beurteilen, ob sie eine bessere Nutzung bereits vorhandener Informationen ermöglichen und dem Patienten unnötige Arztbesuche und überflüssige Doppeluntersuchungen ersparen und im Notfall ein wirksames Instrument zur Erleichterung einer raschen und sicheren Behandlung darstellen.

Rechtliche Regelungen

37. Die Europäische Union besitzt gemäß dem Maastrichter Vertrag keinerlei Regelungsbefugnis für den Bereich Gesundheit, so daß dort das Thema ausschließlich unter industriepolitischen Aspekten behandelt wird.

Ist in Deutschland das Bundesministerium für Gesundheit oder das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie federführend in der Frage der Chipkarten im Gesundheitswesen?

Beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit eine Stelle für Telematik in der Medizin einzurichten?

Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie arbeitet am Erhalt und Ausbau der Wissens- und Technologiebasis auch für Chipkarten als Mittel der Innovation. Dabei werden die nichttechnischen Bedingungen erfolgreicher

Innovationen für die Informationsgesellschaft unter Zugrundelegung eines integrierten Technikentwicklungsansatzes berücksichtigt. Die Felder jenseits der Wissens- und Technologiebasis werden von den hierzu zuständigen Ministerien bearbeitet, dies sind insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundesministerien des Innern und der Justiz und das Bundesministerium für Wirtschaft.

Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie verfolgt die Telematik der Medizin im Rahmen seiner Aufgabenstellung.

38. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, um den Einsatz medizinischer Patienten-Chipkarten, insbesondere Fragen der Zugriffsrechte, der Dokumentationspflichten und der Haftung gesetzlich zu regeln?

Die Bundesregierung hält eine gesetzliche Regelung derzeit für verfrüht.

39. Beabsichtigt die Bundesregierung, gesetzlich zu regeln, wer Patienten-Chipkarten bzw. Chipkarten für Beschäftigte im Gesundheitswesen („Professional Cards“) ausgeben darf?

Die Bundesregierung beabsichtigt derzeit nicht, Vorschläge für entsprechende gesetzliche Regelungen vorzulegen.

40. Welche Rechte sollen Patienten haben, sich eine oder mehrere Patienten-Chipkarten ausstellen zu lassen, Daten auf diesen Karten zu lesen, zu verändern und zu löschen?

Siehe Antwort zu Frage 39.

41. Unter der Maßgabe, Kosten im Gesundheitswesen zu senken und das Prinzip der Einzelleistungsvergütung beizubehalten, entsteht der Druck, das Leistungsverhalten der Ärzte immer genauer zu überwachen und in das Arzt-Patient-Verhältnis einzugreifen. Wie steht die Bundesregierung vor diesem Hintergrund dazu, die Vergütungsform grundsätzlich zu ändern?

Durch die gesetzlichen Regelungen zum Datenträgeraustausch zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern wird die Transparenz des Leistungsgeschehens verbessert, und es werden die Voraussetzungen für eine qualifizierte Prüfung von Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der abgerechneten Leistungen sowie zur Verhinderung von Abrechnungsmanipulationen verbessert. Damit wird es der Selbstverwaltung ermöglicht, ihre Aufgaben wirksamer und besser als bisher zu erfüllen.

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz ist die gemeinsame Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Vertragsärzte damit

beauftragt worden, der Zergliederung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) als Grundlage für die Vergütung des einzelnen Arztes durch eine Zusammenfassung von Gebührenziffern zu Leistungskomplexen entgegenzuwirken. Damit sollen auch Anreize zu medizinisch unbegründeten Mengenausweitungen beseitigt werden. Durch die Reform des EBM sollen auch die Grundlagen für eine gezielte Verbesserung der hausärztlichen Vergütung geschaffen werden, indem nur vom Hausarzt abrechenbare Leistungen gesondert ausgewiesen und bestimmte hausärztliche Leistungen mit einer fallbezogenen Grundvergütung honoriert werden. Die Reform des EBM tritt zum 1. Januar 1996 in Kraft.

42. Welche Verschlüsselungsverfahren sind der Bundesregierung bekannt, um Datenfelder auf einer Chipkarte so gegeneinander abzuschotten, daß jeder Arzt nur die für ihn erforderlichen Daten einsehen kann?

Sollte sich die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung ergeben, wird darüber entschieden werden müssen.

43. Sollen bestimmte Verschlüsselungsverfahren – auch im Hinblick auf die Zugriffsmöglichkeiten der Geheimdienste – gesetzlich vorgeschrieben werden?

Siehe Antwort zu Frage 42.

44. Welche Kontrollpotentiale sieht die Bundesregierung im Einsatz von Chipkarten für Beschäftigte im Gesundheitswesen („Professional Cards“)?

Für eine Beurteilung dieser Aspekte des Einsatzes von Chipkarten liegen keine ausreichenden Erkenntnisse vor.

45. Welche Vorkehrungen sind nach Auffassung der Bundesregierung notwendig, um sicherzustellen, daß Versicherte sowie Beschäftigte im Gesundheitswesen jederzeit ohne Nachteile auf eine Patienten-Chipkarte bzw. eine „Professional Card“ verzichten können?

Wegen der derzeit geringen Verbreitung von Patienten-Chipkarten besteht bisher keine Notwendigkeit, entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

46. Welche Vorkehrungen sind nach Auffassung der Bundesregierung notwendig, um zu verhindern, daß Menschen faktisch dazu gezwungen werden, die auf ihren Karten gespeicherten medizinischen Daten gegenüber Dritten, etwa Arbeitgebern und Versicherungen, zu offenbaren?
Beabsichtigt die Bundesregierung, Daten-Verwertungsverbote aufzustellen?

Siehe Antwort zu Frage 45.

47. Wie beurteilt die Bundesregierung, daß – wie in einem Projekt der Firma Bayer vorgesehen – Daten über Erbanlagen, Mißbildungen sowie die psychische und soziale Situation von Menschen auf Chipkarten gespeichert werden?
- Gibt es nach Auffassung der Bundesregierung eine Grenze der persönlichkeitsfeindlichen Registrierung und Katalogisierung, die auch mit Einverständnis der Betroffenen nicht überschritten werden darf?

Ein solches Vorhaben ist der Bundesregierung nicht bekannt.

48. Inwieweit ist nach Kenntnissen der Bundesregierung zu erwarten, daß Chemie-Unternehmen sich verstärkt auf dem Markt für Telematik und Chipkarten im Gesundheitswesen engagieren?

Die Bundesregierung verfügt nicht über Erkenntnisse, die eine entsprechende Prognose ermöglichen könnten.

49. Wie beurteilt die Bundesregierung die Idee, multifunktionale „Bürgerkarten“ herauszugeben, auf denen u. a. medizinische Daten gespeichert sind?

Es ist nicht Aufgabe der Bundesregierung, „Ideen“ mit unbestimmtem Inhalt zu beurteilen.

50. Welche Bundesämter haben bisher Technikfolgenabschätzungsprojekte zum Einsatz von Chipkarten im Gesundheitswesen durchgeführt, und welche Konsequenzen wurden aus den Forschungsergebnissen gezogen?

Eine Technikfolgenabschätzung wurde im Auftrag des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) durchgeführt. Das im Band 5 der BSI-Schriftenreihe zusammengefaßte Ergebnis wurde im Bundesanzeiger veröffentlicht und den zuständigen Verbänden und Einrichtungen übermittelt mit der Empfehlung, es bei ihren Projekten zu berücksichtigen. Welche Konsequenzen dort daraus gezogen wurden, ist der Bundesregierung nicht bekannt.

51. Am Diskurs „Chipkarten im Gesundheitswesen“ des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik hat auch ein Vertreter des Bundesministeriums des Innern teilgenommen.
- In welcher Weise hat das Bundesministerium des Innern bisher auf die Gestaltung von Chipkarten im Gesundheitswesen Einfluß genommen bzw. beabsichtigt, dies künftig zu tun?

Das Bundesministerium des Innern beteiligt sich an der Prüfung, unter welchen technischen und administrativen Voraussetzungen an eine „elektronische Unterschrift“ vergleichbare Rechtsfolgen geknüpft werden könnten wie an eine eigenhändige Unterschrift. Von einer gesetzlichen Regelung der „elektronischen Unterschrift“ würden auch Chipkarten erfaßt, die für eine gesetzlich anerkannte „elektronische Unterschrift“ benötigt werden (sie enthalten den „Unterschriftenschlüssel“).

52. Wodurch fördert die Bundesregierung die Partizipation der potentiellen Chipkarten-Benutzerinnen und -Benutzer (Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal) bei der Bewertung und Gestaltung von Chipkarten im Gesundheitswesen?

Nach Auffassung der Bundesregierung hängt die Zukunft neuer Technologien im Gesundheitswesen weniger von der rein technischen Ausgestaltung solcher Systeme oder dem Ausmaß staatlicher Förderung ab. Durchsetzen werden sich vielmehr diejenigen Lösungen, die dem tatsächlichen Bedarf der Beteiligten im Gesundheitswesen am besten entsprechen. Die Bundesregierung befürwortet deshalb, daß bei der Entwicklung von Konzepten für Patienten-Chipkarten alle potentiell Beteiligten einbezogen werden.

