Kleine Anfrage

der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, Jens Beeck, Nicola Beer, Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar), Mario Brandenburg, Britta Katharina Dassler, Dr. Marcus Faber, Daniel Föst, Otto Fricke, Thomas Hacker, Katrin Helling-Plahr, Torsten Herbst, Katja Hessel, Manuel Höferlin, Dr. Christoph Hoffmann, Reinhard Houben, Ulla Ihnen, Olaf in der Beek, Gyde Jensen, Dr. Christian Jung, Thomas L. Kemmerich, Dr. Marcel Klinge, Pascal Kober, Carina Konrad, Konstantin Kuhle, Alexander Graf Lambsdorff, Oliver Luksic, Roman Müller-Böhm, Dr. h. c. Thomas Sattelberger, Christian Sauter, Matthias Seestern-Pauly, Frank Sitta, Judith Skudelny, Bettina Stark-Watzinger, Benjamin Strasser, Katja Suding, Dr. Florian Toncar, Gerald Ullrich und der Fraktion der FDP

Einführung der elektronischen Patientenakte

Einrichtungs- und fallübergreifende elektronische Patientenakten (ePA) sind ein zentraler Baustein der digitalen Gesundheitsversorgung und Herzstück der Telematikinfrastruktur (TI). Die Vorteile einer solchen Akte liegen klar auf der Hand. Zum einen ermöglicht sie eine patientenzentrierte Versorgung und zum anderen stärkt sie die Souveränität der Bürger, da diese selbst Zugriff und Einsicht auf ihre Gesundheits- und Krankheitsdaten haben und entscheiden, wer wann Zugriff auf ihre Daten erhält.

Das E-Health-Gesetz von 2015 legte den Grundstein zur Einführung einer elektronischen Patientenakte und eines elektronischen Patientenfachs (ePF). Ziel sollte es sein, dass Versicherte einen ständigen Zugriff auf ihre Behandlungsdaten haben und diese auch entsprechend den Leistungserbringern einrichtungsübergreifend zur Verfügung stellen können. So soll den Versicherten ein einfacher Zugriff auf ihre medizinischen Daten, den elektronischen Arztbrief, Behandlungsberichte und den Medikationsplan ermöglicht werden.

Unnötige Doppeluntersuchungen, Behandlungs- und Diagnosefehler können in Zukunft so reduziert werden.

Seit Inkrafttreten im Dezember 2015 ist jedoch nicht viel passiert. Die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) ist nach § 291a Absatz 5c verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen technischen und organisatorischen Verfahren für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation zu erarbeiten. Es gilt, Insel- und Parallellösungen außerhalb der TI zu vermeiden.

Die Einführung der ePA stockt derzeit. Zwar gibt es ein Bekenntnis der Regierungsfractionen, bis 2021 eine ePA einzuführen, jedoch fehlt ein klarer Fahrplan zur verbindlichen Spezifikation, zur flächendeckenden Einführung und zur Finanzierung. Eine dauerhafte Finanzierung zur Nutzung, zur Befüllung und zum Betrieb der Akte ist einer der erfolgskritischen Faktoren, die für die Anwendung und Akzeptanz durch die Versicherten und Ärzte wesentlich sind. Zusätzlich sind haftungsrechtliche Fragen bei der Nutzung der ePA für Ärzte weiterhin nicht geklärt.

Aufgrund fehlender bundesweit einheitlicher Vorgaben entwickeln sich im Markt mittlerweile ohne Bezug zueinander vielfältige proprietäre Aktenstrukturen. Wie die über ein Dutzend im Markt erkennbaren, konkurrierenden Aktenmodelle in Zukunft die Versicherten und Leistungserbringer übergreifend einheitlich vernetzen sollen und in welchem Verhältnis sie zu den Spezifikationen der gematik und den technischen Rahmenbedingungen der TI stehen, ist unklar. Zwar belegen etliche Studien die Bereitschaft der Bürgerinnen und Bürger, eine digitale Akte zu nutzen, jedoch nutzen derzeit wenige der über 70 Millionen gesetzlich Versicherten tatsächlich eine derartige Akte. Dies ist unter anderem dadurch bedingt, dass derzeit keine der am Markt verfügbaren Aktenlösungen über eine flächendeckende und sektorübergreifende direkte Primärsystem-Einbindung in die Arztpraxen und Kliniken verfügt. Zusätzlich unterstützen nur wenige Leistungserbringer die derzeit im Markt befindlichen Aktenlösungen und sehen die Nutzung als Doppelbelastung an, da Ärzte weiterhin an ihre Dokumentationspflichten in den Primär- und Sekundärsystemen gebunden sind und nur vereinzelt finanzielle Anreize zur Nutzung haben.

Bereits im ersten E-Health-Gesetz 2015 wurde eine eindeutige Reduktion des Zugriffrechts auf Befunde, Diagnosen, Therapieempfehlungen sowie Behandlungsberichte in der Akte nach § 291a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auf Ärzte, Zahnärzte, Apotheken und Psychotherapeuten definiert. Dies schließt den Zugriff und die Nutzung von Gesundheitsdaten von Gesundheits-, Kranken- und Altenpflegern sowie das im Behandlungskontext eingebundene nichtakademische Fachpersonal in Praxen, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen aus. Eine wirkliche Vernetzung aller Leistungserbringer ist somit nicht gegeben.

Die Einführung einer elektronischen Patientenakte eilt. Während in Deutschland seit Jahren über die Einführung einer ePA diskutiert wird, haben bereits mehrere europäische Nachbarländer wie z. B. die ELGA in Österreich oder die Sundhed in Dänemark eine digitale Gesundheitsakte eingeführt, die bereits eine breite Akzeptanz und Nutzung aller Beteiligten in der Versorgung erfährt und die Gesundheitsversorgung erheblich verbessert.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie definiert die Bundesregierung eine ePA und wieso wurde sich nicht bereits am etablierten europäischen Modell einer „digitalen Gesundheitsakte“ orientiert, die eine lebenslange Akte für alle Krankheits- und Gesundheitsdaten der Bürger ist und nicht nur gesetzlich Versicherten zur Verfügung steht?
2. Wie viele, am Markt befindliche ePA gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in Deutschland?
3. Wie wird sichergestellt, dass auch kassenunabhängige Aktenangebote genutzt und sicher finanziert werden, bzw. wie wird hier der freie Wettbewerb gesichert?
4. Wie sieht der Zeitplan der Bundesregierung zur Einführung einer ePA in dieser Legislaturperiode aus, und welche konkreten Meilensteine, Fristen ggf. Sanktionierung sind im Rahmen einer solchen Strategie zur Einführung geplant?

5. Welche Funktionen bzw. Mindestanforderungen an eine ePA sollen gesetzlich verbindlich geregelt werden?
6. Wie beabsichtigt die Bundesregierung, die verschiedenen Stakeholder aus Herstellern, Leistungserbringern, Standardisierungsorganisationen, Selbstverwaltung etc. in die Bestimmung und Umsetzung der Mindestanforderungen einzubinden?
7. Wie wird eine innovationsoffene Gestaltung der Akte ermöglicht?
8. Welcher Nutzen hat die Entwicklung eines ePF gegenüber einer ePA, wenn die Versicherten nach jetziger Gesetzeslage sowieso nach § 291a Absatz 3 SGB V Anspruch auf die Bereitstellung versorgungsbezogener Daten im ePF haben?
9. Wie will die Bundesregierung den Zugriff und die damit verbundene Kommunikation sowie Nutzung im Behandlungskontext eingebundener Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Heil- und Hilfsmittelerbringer sicherstellen?
10. Wie werden der Betrieb, die Befüllung und Nutzung einer ePA dauerhaft finanziert?
Ist eine besondere Vergütung für Leistungserbringer geplant?
11. Plant die Bundesregierung eine Informations- und Aufklärungskampagne in Richtung der Bürger, die den Rollout der ePA begleiten soll, um die Vorteile der Nutzung darzustellen und somit die Akzeptanz der Akte in der Bevölkerung zu steigern?
12. In welchem Rahmen will die Bundesregierung einheitliche, verbindliche Standards festschreiben, wie ist die Kompatibilität der unterschiedlichen Lösungen sichergestellt, und wie wird die Bereitstellung der Datenexport- und Datenimport-Funktionen in den Systemen der Leistungserbringer sichergestellt?

Berlin, den 4. Juli 2018

Christian Lindner und Fraktion