

Zur Datenschutzfolgeabschätzung im Referentenentwurf des Digitale Versorgung und Pflege - Modernisierungs-Gesetz – DVPMG

Originalquelle:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/DVPMG_RefE.pdf

Seite 16

20. Dem § 307 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Für die aufgrund von Satz 1 vorzunehmende Verarbeitung erfolgt in der Anlage zu diesem Gesetz eine Datenschutz-Folgenabschätzung nach Artikel 35 Absatz 10 der Verordnung (EU) 2016/679, so dass insoweit die Absätze 1 bis 7 des Artikels 35 der Verordnung (EU) 2016/679 nicht gelten.“

Kommentar: Der Gesetzgeber, der über die Mehrheitsbeteiligung an der gematik, selbst zum „Verantwortlichen“ im Sinne der DSGVO geworden ist, setzt hier über eine Datenschutzfolgeabschätzung per Gesetzgebungsverfahren die Normenkontrolle der DSGVO außer Kraft. Ob eine solche Datenschutzkonformität per LEX-gematik im Sinne der DSGVO ist bedarf einer juristischen Bewertung.

Seite 20

(3) Die Gesellschaft für Telematik hat spätestens bis zum 1. Januar 2022 den Versicherten eine Komponente zur Verfügung zu stellen, die insbesondere an einem stationären Endgerät den Versicherten das Auslesen der Daten und Protokolldaten in der Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ermöglicht.

SGBV §309 Protokollierung

„(1) Die Verantwortlichen nach §307 haben durch geeignete technische Maßnahmen sicherzustellen, dass für Zwecke der Datenschutzkontrolle bei Anwendungen nach den §§327 und 334 Absatz 1 nachträglich für den Zeitraum der regelmäßigen dreijährigen Verjährungsfrist nach § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs die Zugriffe und die versuchten Zugriffe auf personenbezogene Daten der Versicherten in diesen Anwendungen überprüft werden können und festgestellt werden kann, ob, von wem und welche Daten des Versicherten in dieser Anwendung verarbeitet worden sind.

(2) Eine Verwendung der Protokolldaten nach Absatz 1 für andere als die dort genannten Zwecke ist unzulässig.

(3) Die Protokolldaten sind nach Ablauf der in Absatz 1 genannten Frist unverzüglich zu löschen.“

Kommentar: § 334 Absatz 1 umfaßt die Daten und Protokolle von elektronischer Patientenakte, Organspendeausweise, Patientenverfügungen, Medikationsplan, Notfalldaten, Verwaltungsdaten. Können diese Daten nach dem vorgelegten Referentenentwurf routinemäßig vom Patienten angefordert werden. Es kann nicht erklärt werden, wie nach einer Bereitstellung dieser Daten und auch der Protokolldaten deren Abfließen wirkungsvoll verhindert werden könnte.

Datenschutzfolgeabschätzung:

Seite 48

„sofern die Komponenten vom Leistungserbringer gemäß Betriebshandbuch betrieben werden.“

Kommentar: wie wäre das für den Leistungserbringer zur prüfen?

Seite 49

„Zum ordnungsgemäßen Betrieb der Komponenten der dezentralen Infrastruktur der TI erfolgt eine Protokollierung innerhalb der Komponenten. (...) In den Komponenten werden die Benutzernamen der berechtigten Administratoren hinterlegt. Die Benutzernamen werden vom Leistungserbringer oder vom beauftragten Dienstleister frei gewählt. Die Benutzernamen der Administratoren können auch pseudonym sein, sofern man die Administratoren eindeutig unterscheiden kann.“

Kommentar: wie wäre das für den Leistungserbringer zur prüfen?

Seite 51

„Die nach außen sichtbaren IP-Adressen der Komponenten werden regelmäßig gewechselt.“

Kommentar: wie wäre das für den Leistungserbringer zur prüfen?

Seite 55

„Vorherige Konsultation: (Artikel 36 und EG 96 DSGVO)

Gemäß § 311 Absatz 2 SGB V hat die Gesellschaft für Telematik die Festlegungen und Maßnahmen für die TI nach § 311 Absatz 1 Nummer 1 SGB V im Einvernehmen mit dem BSI und dem BfDI zu treffen. Dies umfasst insbesondere auch die Erstellung der funktionalen und technischen Vorgaben der Komponenten der dezentralen Infrastruktur der TI.“

Kommentar: Ist für die Wahrung der DSGVO nicht der Landesdatenschutzbeauftragte zuständig? Was aktuell fehlt, ist nicht das Einvernehmen, sondern die Konsultation nach Art. 36 DSGVO (siehe unten)

Seite 56

„Die Nutzung der Komponenten der dezentralen Infrastruktur der TI und die Anbindung an die TI dürfen nicht dazu führen, dass Leistungserbringer ihr Berufsgeheimnis oder die Vorgaben der DSGVO verletzen.“

Kommentar: das sollte man erwarten, schön das es im Gesetz steht.

„Maßnahmen: Minimierung der Verarbeitung personenbezogener Daten“

Kommentar: das ist eine grundsätzlich für Arztpraxen nicht zutreffende Maßnahme

„Schnellstmögliche Pseudonymisierung“

**Kommentar: Pseudonymisierung ist grundsätzlich kein Schutz
schnellstmögliche Pseudonymisierung ist kein Schutz nur etwas später**

„So sah etwa der Einzelsachverständige Dominique Schröder, Universität Erlangen-Nürnberg, bei der Anhörung den Datenschutz im Gesetzentwurf nicht ausreichend umgesetzt. Die Patienten sollten ihm zufolge ein Recht haben, über ihre Daten zu entscheiden, meinte er.“

Zudem gewährleistet ihm zufolge die „mangelhafte Technik“ der Pseudonymisierung und Anonymisierung von Daten nicht unbedingt den Datenschutz, wie Beispiele zur De-Anonymisierung von Daten aus der Kryptographie und der IT-Sicherheit gezeigt hätten. Schröder empfahl, nur auf verschlüsselten Daten Berechnungen durchzuführen. Quelle: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107143/Digitalgesetz-Datenschuetzer-warnen-vor-Datenweitergabe-fuer-die-Forschung>

Seite 58

„Der Versicherte kann sich nach Einsicht der Protokolldaten nach § 309 SGB V im Rahmen des Artikels 15 DSGVO an den Leistungserbringer wenden, um nähere Auskünfte über die den Leistungserbringer betreffenden Protokolleinträge nach § 309 SGB V zu erhalten. Für die Auskunft kann der Leistungserbringer auch die in den Komponenten der dezentralen Infrastruktur erfolgte Protokollierung nutzen.“

Kommentar: wie setzen Ärzte das konkret im Alltag um? Wie will man sicherstellen, dass diese Protokolldaten auf dem mobilen Endgerät des Patienten nicht für nichtzulässige Zwecke verwendet werden.

„Die an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet, die Vorgaben der Richtlinie zur IT-Sicherheit gemäß § 75b SGB V zu beachten. Diese Richtlinie umfasst auch Anforderungen an die sichere Installation und Wartung von Komponenten und Diensten der TI, die in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung genutzt werden, d.h. insbesondere auch die Komponenten der dezentralen Infrastruktur der TI. Die Anforderungen in der Richtlinie werden u.a. im Einvernehmen mit dem BSI sowie im Benehmen mit dem BfDI festgelegt.“

Kommentar: die IT-Sicherheitsrichtlinie gibt es noch nicht, ein Einvernehmen mit dem BSI und ein Benehmen mit dem BfDI kann es deshalb auch noch nicht geben

„...der Leistungserbringer an die TI einschließlich der Wartung hierfür benötigter Komponenten sowie der Anbindung an Dienste der TI beauftragt, muss dieser Dienstleister gemäß § 332 SGB V besondere Sorgfalt walten lassen und über die notwendige Fachkunde verfügen.“

Kommentar: wer auditiert die notwendige Fachkunde der IT-Dienstleister?

Zusammenfassender Kommentar zur Datenschutzfolgeabschätzung: Die Datenschutzfolgeabschätzung ist nur notwendige Voraussetzung, es fehlen nun noch die Konsultation und die schriftliche Empfehlung des Datenschutzbeauftragten.

1. Datenschutzfolgeabschätzung

11 Seiten Datenschutzfolgeabschätzung für ein bundesweites Netzwerk, in dem Gesundheitsdaten verarbeitet werden, erscheinen nicht als angemessen.

2. Konsultation des zuständigen Datenschutzbeauftragten mit der Datenschutzfolgeabschätzung

a) wer ist zuständig?: der Landesdatenschutzbeauftragte Brandenburg/Berlin oder der Bundesdatenschutzbeauftragte

b) diese Konsultation ist bisher nicht erfolgt

c) Art. 36 DSGVO verlangt ausdrücklich eine „vorherige Konsultation“, davon kann bei drei Jahren Betrieb keine Rede mehr sein

3. schriftliche Empfehlung des Datenschutzbeauftragten

Spätestens „acht Wochen nach Erhalt des Ersuchens“ muss eine schriftliche Empfehlung des Datenschutzbeauftragten vorliegen. „Diese Frist kann unter Berücksichtigung der Komplexität der geplanten Verarbeitung um sechs Wochen verlängert werden.“ DSGVO Art. 36

Seite 69

„Erfüllungsaufwand Wirtschaft:

Kalkulation elektronische T-Rezepte: 31€ Lohnkosten+2150 bei Rez = 16700€ in 2020

ab 2022 3 Min Zeitanatz = 3330€ Kosten

-13.400 jährliche Entlastung“

Kommentar: Diese Kalkulation geht offensichtlich für Jahr 2020 von einem 31 Euro/Stunde oder 0,52 Euro/Minute MFA Kosten aus, und veranschlagt bei angenommenen 2150 Rezepterstellung pro Jahr, Kosten von 7,70 Euro bzw. einen Zeitaufwand von 15 Minuten pro Rezept. Ab dem Jahr 2022 kalkuliert das BMG 3 Minuten pro Rezept, das macht 6450 Minuten oder Kosten von 3330 Euro.

Diese Annahmen basieren auf der Vorstellung, eines E-Rezepts können schneller erstellt werden als ein analoges Rezept. Allerdings existiert in der Praxis keine Unterschied im Zeitaufwand zwischen einem BTM-Rezept, einen T-Rezept oder einer normalen Arzneimittelverordnung auf Muster 16. Das T-Rezept für das teratogene Thalidomid erfordert zusätzlich, drei explizite ärztliche Abfragen, die jeweils mit einem Kreuz auf dem Rezept dokumentiert werden müssen. Für die analoge Abfrageanamnese ist von der digitalen Anwendung keine Zeitersparnis zu erwarten. Die Erstellung eines analogen Rezepts mit der Verordnung von drei Medikamenten, aus dem Medikamentenplan, auf einem Muster 16, bei Ausdruck mittels einem Nadeldruckers, mit Klarsichtprüfung und ärztlicher Unterschrift dauert ca. 15 Sekunden.

Geht man von einem Zeiterfordernis von 15 Sekunden pro Rezept aus, dann kostet die analoge Erstellung von 2150 T-Rezepten (gegenwärtig 2020) 278 Euro und nicht 16700 Euro, wie im Referentenentwurf kalkuliert. Die ärztliche Leistung der Validierung, die mit Aktenkontrolle, der Mitteilung von Anordnungen für z.B. Laborkontrollen und auch Gesprächszeiten bei der Nichtaustellung eines Rezepts einhergeht sind analog und verändern den Zeitaufwand bei der digitalen Rezeptvariante nicht. Kalkulierte man die Arztzeit mit gut einer Minute pro Rezept mit, kommt man auf 2150 Euro pro Jahr. An diesem analogen Aufwand wird sich aber auch in Zukunft nichts ändern wird.

Was in der Kalkulation völlig fehlt sind die Datenabgleichzeiten zwischen der Gesundheitskarte im Kartenlesegerät, dem Konnektor und Server. Nicht berücksichtigt sich verlängerte Handshakezeiten bei verzögerter Erreichbarkeit des Zentralservers zu Spitzenlastzeiten oder bei Verzögerungen durch den vorübergehenden Totalausfall des Systems. Die Zeit für eine PIN-Eingabe durch den Patienten, die Zeit für die Signatur durch den Arzt kommen ebenfalls dazu. An Stelle von fünf zeitunabhängigen Prozessanteilen, beim analogen Papierrezept: 1. Kommunikation der Bestellung, 2. Rezeptbedruckung, 3. Klartextprüfung, 4. Unterschrift und 5. Abgabe an den Patienten, erfordert die digitale Lösung die Verdichtung aller fünf Prozesse auf einen Zeitpunkt, wenn der Patient in der Praxis ist.

Nach der Einführung des e-T-Rezepts kalkuliert das BMG eine Erstellungszeit von 3 Minuten, es erhöht also der Zeitbedarf von 2020 von 537 Minuten auf 6450 Minuten für 2022. Entsprechend steigern sich die Kosten von 278 Euro für das analoge T-Rezept auf 3330 Euro für das digitale E-Rezept. Hier kommt es also nicht zu einer Ersparnis, sondern zu einer Verzehnfachung der Kosten. Allerdings bleibt dies alles bedeutungslos, weil es sich sowohl bei der avisierten Entlastung von 13.400 Euro, als auch bei der tatsächlich zu erwartenden Erhöhung der Kosten um 3052 Euro um die Jahreskosten für alle T-Rezepte in ganz Deutschland handelt.

Seite 70

„Datenschutz-Folgenabschätzung bei Leistungserbringern
60Std*53,30* 255000; In den folgenden Jahren werden es deutlich mehr als 255.000 Leistungserbringer sein, wenn die sonstigen Leistungserbringer hinzukommen. Der Bedarf wird somit dauerhaft bestehen, auch wenn sich für die bereits angebotenen Leistungserbringer der Aufwand bei Pflege und Anpassung verringert.
-815.000.000 jährlich Entlastung“

Kommentar: Das BMG kalkuliert das ärztliche Stundenhonorar mit 53,30 Euro und veranschlagt 60 Stunden für die Abfassung von elf Seiten Datenschutzfolgeabschätzung. (Die Kosten des IT-Dienstleisters können das nicht sein, denn die liegen bei 110 Euro pro Stunde plus Anfahrtpauschale und Mehrwertsteuer.) Die Ersparnis einer knappen Milliarde Euro durch die vorgelegte im Gesetzesentwurf enthaltene Datenschutzfolgeabschätzung, kann nicht als von der Realität gedeckt bezeichnet werden.

Seite 76

„Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sind bereits Begrenzungen des Umfangs, in dem Leistungen durch eine Videosprechstunde erbracht werden können, enthalten. Es wird eine gesetzliche Regelung für diese Begrenzung getroffen, die inhaltlich den bereits geltenden Bestimmungen entspricht. Die nunmehr bestehende Obergrenze beträgt 30 Prozent der jeweiligen Leistungen im Quartal des ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungserbringers. Werden im Behandlungsfall ausschließlich Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht, richtet sich die Berechnung der Obergrenze von 30 Prozent nach der Gesamtheit aller Behandlungsfälle im Quartal des ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungserbringers.“

Kommentar: Es ist zu erwarten, dass diese Quote in einem zweiten Schritt, weil hier nun eine gesetzliche Bestimmung vorliegt, von 30 auf 50 Prozent erhöht werden wird, um die telemedizinischen Sprechstunden weiter zu befördern.

Seite 82

„Versicherte erhalten das Recht, dass ihre Krankenkasse ihnen auf Wunsch spätestens zum 1. Januar 2023 ergänzend zur digitalen Identität, die mit der elektronischen Gesundheitskarte verbunden ist, eine solche digitale Identität bereitstellt, die nicht unmittelbar an eine Chipkarte gebunden ist.“

Kommentar: Mit dieser Maßnahme wird ein digitales Labeling von einzelnen Dokumenten und Datensätzen von Gesundheitsdaten mittels digitaler Identität vorbereitet. Diese Daten

können in der Folge auch bei dezentraler Speicherung jederzeit zu Profilen zusammengefügt werden.

Seite 84

„Für die Verarbeitung personenbezogener Daten mittels der Komponenten der dezentralen Telematikinfrastruktur nach § 306 Absatz 2 Nummer 1 ist gemäß Artikel 35 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 (DSGVO) die Durchführung einer Datenschutz-Folgenabschätzung dann erforderlich, wenn die Verarbeitung voraussichtlich ein hohes Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen zur Folge hat. Auch wenn die Verarbeitung in kleineren Praxen nicht als umfangreich im Sinne von Artikel 35 Absatz 3 Buchstabe b der DSGVO anzusehen sein sollte (vgl. Erwägungsgrund 91 Satz 4 und 5 der DSGVO), soll insgesamt im Interesse der Rechtssicherheit von der Möglichkeit des Artikels 35 Absatz 10 der DSGVO Gebrauch gemacht werden. Die Vorschrift sieht unter engen Voraussetzungen vor, dass für bestimmte Verarbeitungsvorgänge bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens eine Datenschutz-Folgenabschätzung durchgeführt wird. Hierdurch soll vor allem eine Reduzierung des Bürokratieaufwandes erzielt werden.

Die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit dieses Ausnahmetatbestandes sind vorliegend gegeben. Denn die konkrete Verarbeitung durch die Leistungserbringer erfolgt aufgrund ihrer rechtlichen Verpflichtungen nach diesem Buch (vgl. Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c) der DSGVO). Dabei werden die Mittel der Datenverarbeitung selbst bereichsspezifisch gesetzlich festgelegt. Als Folge der bereits im Zusammenhang mit dem Erlass der Rechtsvorschriften durchgeführten Datenschutz-Folgenabschätzung hat der Verantwortliche vor Beginn der Verarbeitung auch dann keine Datenschutz-Folgenabschätzung durchzuführen, wenn mit der Verarbeitung ein voraussichtlich hohes Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen verbunden ist. Das heißt vorliegend, dass die Leistungserbringer als Verantwortliche im Sinne von § 307 Absatz 1 Satz 1 hinsichtlich der standardmäßig in den Komponenten der dezentralen Telematikinfrastruktur durchgeführten Verarbeitungsvorgänge von ihrer Pflicht zur Durchführung einer eigenen Datenschutz-Folgenabschätzung nach Artikel 35 Absatz 1 bis 7 der DSGVO befreit sind. Die Pflicht der Leistungserbringer zum Ergreifen von Maßnahmen, die sich aus der Datenschutz-Folgenabschätzung ergeben, bleibt dagegen unberührt.

Die Datenschutz-Folgenabschätzung ergibt sich aus der diesem Gesetz angefügten Anlage.“

Art. 35 DSGVO

„(10) Falls die Verarbeitung gemäß Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe c oder e auf einer Rechtsgrundlage im Unionsrecht oder im Recht des Mitgliedstaats, dem der Verantwortliche unterliegt, beruht und falls diese Rechtsvorschriften den konkreten Verarbeitungsvorgang oder die konkreten Verarbeitungsvorgänge regeln und bereits im Rahmen der allgemeinen Folgenabschätzung im Zusammenhang mit dem Erlass dieser Rechtsgrundlage eine Datenschutz-Folgenabschätzung erfolgte, gelten die Absätze 1 bis 7 nur, wenn es nach dem Ermessen der Mitgliedstaaten erforderlich ist, vor den betreffenden Verarbeitungstätigkeiten eine solche Folgenabschätzung durchzuführen.“

Kommentar: „Das Unionsrecht oder das Recht der Mitgliedstaaten müssen ein im öffentlichen Interesse liegendes Ziel verfolgen und in einem angemessenen Verhältnis zu dem verfolgten legitimen Zweck stehen.“ Art 6. DSGVO Angemessene Verhältnisse und legitime Zwecke wären noch zu spezifizieren.

Eine Datenschutzfolgeabschätzung ist immer erforderlich, wenn die „Verarbeitung voraussichtlich ein hohes Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen zur Folge

hat“. Der Gesetzesentwurf befreit zwar die Ärzte von der der Datenschutzfolge-Abschätzung, auch bei einer hochrisikobehafteten Verarbeitung von Gesundheitsdaten über die Telematikinfrastuktur. Durch diese Konstruktion definiert dieses Gesetz die Ärzte als die Verantwortlichen für die Telematikinfrastuktur im Sinne der DSGVO. Die Betreibergesellschaft der Telematikinfrastuktur, die GEMATIK, kommt als Verantwortlicher im Sinne der DSGVO gar nicht vor. Diese Befreiung der „Leistungserbringer“ von der Verantwortung gilt jedoch nur, wenn bisher noch gar nicht spezifizierte Bedingungen eingehalten werden. Somit ist diese Konstruktion als ein weiterer gesetzgeberischer Taschenspielertrick zu bezeichnen.

Seite 86

„Die elektronische Gesundheitskarte soll in weiteren Ausbaustufen nicht mehr als Datenspeicher genutzt werden, sondern nur noch als Versicherungsnachweis der Versicherten dienen. Eine Anwendung, für die die elektronische Gesundheitskarte selbst derzeit als Datenspeicher dient, ist neben den Notfalldaten, auch der elektronische Medikationsplan, der sowohl auf der elektronischen Gesundheitskarte als auch in der elektronischen Patientenakte hinterlegt werden kann. Um den elektronischen Medikationsplan künftig nur noch in der elektronischen Patientenakte vorzuhalten und dadurch mögliche Redundanzen in der Medikationsdokumentation zu reduzieren, wird die Gesellschaft für Telematik mit der Regelung in Nummer 12 beauftragt, hierfür bis zum 1. Januar 2023 die Voraussetzungen zu schaffen. Ein Austausch der in Umlauf befindlichen Gesundheitskarten ist nicht erforderlich, sie bleiben weiter nutzbar.“

„Mit der vorgesehenen Aufwertung der sicheren Übermittlungsverfahren wird auch der Forderung nach der Einführung von Diensten zum „Instant-Messaging“ in der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung getragen, die den Schutz der Gesundheitsdaten zuverlässig ermöglichen. Insbesondere der Austausch von Sofortnachrichten, sowohl zwischen Beschäftigten im Gesundheitswesen untereinander als auch zwischen Beschäftigten im Gesundheitswesen und Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten, ist von großem Vorteil, da er ortsunabhängige (mobile) Kommunikation ermöglicht. Darüber hinaus ermöglicht der Austausch von Kurznachrichten zwischen Leistungserbringern die direkte, gleichwohl asynchrone Ansprache eines Kommunikationspartners (z.B. von Ärztinnen und Ärzten untereinander oder von Pflegekräften), die auf anderen Wegen nur mit hohem Aufwand etabliert werden kann und aus diesem Grund oft gänzlich unterbleibt.“

Kommentar: Eine regelhafte Messenger-Kommunikation erfordert zusätzliche Arztzeit, die neben den schon heute üblichen ärztlichen Telefonzeiten, die analoge Sprechzeit weiter reduziert.

Seite 93

„Die elektronische Patientenkurzakte wird als neue Anwendung eingeführt und durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Sie löst ab dem Jahr 2023 schrittweise die kartengebundene Anwendung der elektronischen Notfalldaten ab. Die Anwendung erlaubt zukünftig auch den Austausch von Patientenkurzakten innerhalb der Europäischen Union, indem sie die internationale Patientenkurzakte (Patient Summary) im Rahmen der Telematikinfrastuktur abbildet.“

Kommentar: Dies ist der Einstieg in eine außerhalb der Praxis abgelegte zentrale Arztakte.

Seite 96

„Da elektronische Verschreibungen und deren Dispensierinformationen nach spätestens 100 Tagen aus der Anwendung der elektronischen Verordnung (E-Rezept) gelöscht werden, wird mit Absatz 13 deren automatisierte Ablage in die elektronische Patientenakte ermöglicht. In der elektronischen Patientenakte wird damit insbesondere eine fortlaufende aktuelle Übersicht über alle verschreibungspflichtigen Medikamente ermöglicht, die der Versicherte nach Einlösung seiner E-Rezepte erhalten hat („Arzneimittelhistorie“). Mit Absatz 14 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, die Fristen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu verlängern.“

Kommentar: Für diese Dispensierinformationen kann der Datenabfluß aus der e-Patientenakte, über das digitalen Endgerät der Patienten, nicht sicher verhindert werden.

Seite 113

„Nach der bisherigen Nummer 4 wird eine neue Nummer 4a als Spezialnorm eingefügt. In der Nummer 4 verbleiben weiterhin die Vorgaben für die papiergebundenen amtlichen Formblätter in materiell unveränderter Form bestehen.

Zu Buchstabe b

Die Einfügung einer neuen Nummer 4a in Anlehnung an die bereits bestehende Nummer 4 bewirkt, dass für die Verschreibung von Betäubungsmitteln neben den papiergebundenen amtlichen Formblättern eine amtliche elektronische Form betäubungsmittelrechtlich zulässig ist und die Bundesregierung ermächtigt wird, in dem in Nummer 4a genannten Rahmen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Regelungen hierzu festzulegen.“

Kommentar: Eine digitalisierte Verschreibung von Betäubungsmitteln setzt die Telematikinfrastruktur dem enormen Druck krimineller Angriffe aus. Neben der Hehlerei mit Gesundheitsdaten, muss man erwarten, dass es Versuche geben wird legale Betäubungsmittel für illegalen Drogenhandel über cyberkriminelle Aktivitäten abzuzweigen. Es muss die Frage erlaubt sein, ob die Telematikinfrastruktur für Angriffe mit einem so hohen Grad an krimineller Energie ausgelegt ist. Es stellt sich in in der Folge die Frage der Verlässlichkeit von digitale Identitäten, Daten und Protokolldaten. Die Planung des E-Rezepts ohne Ende zu Ende Verschlüsselung trägt zu einer Absenkung des Sicherheitsniveaus bei. Quelle:

<https://www.heise.de/news/E-Rezept-kommt-ohne-Ende-zu-Ende-Verschlueselung-4927214.html>