

Protokoll

zur 37. Beratung des GDD-Arbeitskreises "**Datenschutz und Datensicherheit im Gesundheits- und Sozialwesen**" (AK GSW), der 24. Sitzung der GMDS-Arbeitsgruppe "**Datenschutz in Gesundheitsinformationssystemen**" (AG DGI) und der Sitzung der GMDS-Arbeitsgruppe "**Standards für Interoperabilität und elektronische Gesundheitsakten**" (AG SIE) am 6. Dezember 2007 von 09:45 bis 15:30 Uhr im Klinikum der Universität Regensburg.

Tagesordnung:

TOP 1: Begrüßung, Tagesordnung (**Herr Dr. Blobel, Herr Dr. Münch**)

TOP 2: Das Klinikum der Universität Regensburg (**Herr Dr. Blobel**)

TOP 3: Datenschutz am Universitätsklinikum Regensburg (**angefragt: DSB und IT-Leiter**)

TOP 4: Aktuelle Beiträge und Entwicklungen (**Moderation: Herr Dr. Münch**)

1. Stand der europäischen und internationalen Sicherheitsstandardisierung (**Herr Dr. Blobel**)
2. Aktivitäten der DICOM WG24 „DICOM in Surgery“ (**Herr Burgert**)

TOP 5: Themen aus den Arbeitskreisen und Arbeitsgruppen (**Moderation: Herr Dr. Blobel**)

1. Leitfaden "Rettungsdienste und Altenpflegeheime" (**Frau Miotke**)
2. Notfallkonzepte für die EDV in der Einrichtung (**Herr Bake**)
3. Zuweiserportale, MVZ und andere Kooperationsformen (**Herr Koch**)
4. Offene Themen des AK und der AGs aus den vergangenen Sitzungen
5. Weitere aktuelle und neue Themen

TOP 6: Rückschau DAFTA 2007 und Spezialsymposium (**Herr Dr. Münch, Herr Dr. Blobel**)

TOP 7: Rückschau GMDS 2007 und Workshop/Tutorium (**Herr Pharow**)

TOP 8: Rückschau CeHR 2007 und Workshops (**Herr Dr. Blobel**)

TOP 9: Aktuelle Projekte, Initiativen und Veranstaltungshinweise (**Moderation: Herr Dr. Blobel**)

TOP 10: Hinweise auf jeweilige nächste Sitzungen in 2008 (**Herr Dr. Blobel, Herr Pharow**)

TOP 1: **Herr Dr. Blobel** begrüßte die Teilnehmer der 37. Beratung des GDD-AK GSW, der 24. Sitzung der GMDS-AG DGI sowie der Sitzung der GMDS-AG SIE. Diese Veranstaltung der einzelnen Arbeitsgruppen wurde als gemeinsame Sitzung organisiert, weil sie direkt im Anschluss an die internationale Konferenz CeHR 2007 stattfand. Die Resonanz seitens der drei eingeladenen Gruppen war dabei aber recht unterschiedlich.

Herr Dr. Blobel stellte die Tagesordnung der Sitzung vor. **Herr Pharow** merkte an, dass einige Mitgliedern des GDD-AK GSW kurzfristig ihre Teilnahme abgesagt hatten. Aus diesem Grund mussten leider einige Tagesordnungspunkte gestrichen und auf die folgende Sitzung verschoben werden. Dies betraf TOP 5.1 bis 5.3.

Herr Dr. Münch informierte passend zum Antrag auf Änderung der Tagesordnung die Teilnehmer über den Stand der Arbeit (TOP 5.1) zum Leitfaden "Rettungsdienste und Altenpflegeheime", da er diesbezüglich mit **Frau Miotke** zusammen arbeitet. Frau Miotke hatte das Dokument zur Kontrolle und Ergänzung einem

kirchlichen Datenschützer vorgelegt. Aus Sicht von Herrn Dr. Münch könnte der Leitfaden in der aktuellen Version aber bereits veröffentlicht werden.

Herr Dr. Hornung wollte die Diskussion zur Notwendigkeit von Unterschriften in die TO aufnehmen lassen. Er hatte im Vorfeld der Sitzung bereits eine entsprechende Anfrage per E-Mail an den GDD-AK GSW und die GMDS-AG DGI versandt. Es wurde beschlossen, diesen Punkt in TOP 4 aufzunehmen.

TOP 3 musste leider ebenfalls entfallen, da dies nicht gelungen war, den DSB des Uniklinikums Regensburg zur Teilnahme an der Sitzung zu gewinnen.

Herr Pharow informierte auf Anfrage bzw. Hinweis eines Mitglieds der GMDS-AG DGI darüber, dass es einen Arbeitskreis „Vorratsdatenspeicherung“ gibt, der sich die Änderung bzw. Aufhebung des entsprechend zum 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Gesetzes zum Ziel gesetzt hatte. Er stellte die Frage, ob man sich seriös an diesem AK beteiligen sollte. Es wurde beschlossen, diesen Punkt in TOP 5.4 aufzunehmen. *Letztlich wurde der Punkt aber bereits im Anschluss an TOP 3 behandelt.*

Die geänderte Tagesordnung wurde angenommen.

Abschließend zu TOP 1 informierte **Herr Dr. Blobel** die Teilnehmer über die Keynote von Herrn Prof. Eike-Henner Kluge (Victoria, Kanada), die im Rahmen der CeHR 2007 stattfand. Dessen abschließender Appell forderte zu aktiverem Handeln beim Datenschutz und bei der Kommentierung rechtlicher Veränderungen auf.

TOP 2: Herr Dr. Blobel gab eine kurze Einführung zum Klinikum der Universität Regensburg. Das Klinikum wurde ab 1992 erbaut. Daher war eine recht homogene Entwicklung möglich. Das eingesetzte Krankenhausinformationssystem (KIS) basiert auf SAP. Kern ist dabei das i.s.h.med. Durch die weitgehende Verwendung von Siemens-Technik im Feld sind die Stationen DV-technisch überwiegend passend ausgestattet. Entsprechend der Passwort-Policy müssen die Passworte alle 90 Tage gewechselt werden, was wegen der Frequenz des Wechsels oft zu schwachen Passwörtern führt, da einmal benutzte Passworte nicht wieder verwendet werden dürfen (Speicherung als Code). Die medizinische DV als Teil des universitären Rechenzentrums (nicht der Klinik) arbeitet dabei relativ autark. Klinik- und Forschungsnetz sind technologisch strikt getrennt.

Das Klinikum wird u.a. mit dem Ziel betrieben, neue Geschäftsprozesse und Modelle auszuprobieren. Es wurden viele Dienstleistungen kommerzialisiert (Profitzentren). Alle Diskussionen erfolgen daher immer stark aus kaufmännischer Sicht. Die Organisationsformen sind anders und straffer als in anderen Krankenhäusern üblich. Das Klinikum hält für die Patientenversorgung 804 Betten sowie 12 Dialyseplätze bereit und beschäftigt mehr als 3200 Mitarbeiter, davon ca. 550 Ärzte sowie 900 Schwestern und Pfleger. Im Jahr 2006 gingen weitere Bauteile (u.a. D3) in Betrieb, die vornehmlich der Lehre und der Forschung dienen.

Außerdem wurden die Planungen für ein weiteres Forschungsgebäude sowie die Kinderklinik Ostbayern (KUNO) fertig gestellt. Letztere beruht beim Bau auf einem Spendenmodell, d.h., ein großer Teil wird über Spenden von Firmen und Privatpersonen realisiert statt durch Bund, Land, Kommune oder Klinikum.

An der Regensburger Universität, die eine starke Ausrichtung auf Geisteswissenschaften hat, existieren allein 4 Fakultäten im Bereich der Philosophie. In Bezug auf die Medizin wird der klinisch-theoretische Teil durch die Universität selbst abgedeckt, während die praktische Ausbildung am Klinikum realisiert wird. Strategische Technologische Partnerschaften existieren u.a. mit den Fachhochschulen in Regensburg und Deggendorf. Dies ist Chance und Risiko zugleich. Ein Vorteil der gesamten Universität einschließlich Klinikum und Fachhochschule ist die Architektur, bei der alles miteinander verbunden bzw. in unmittelbarer Nähe angesiedelt ist (900 bzw. 400 Meter).

Im Anschluss an die Einführung gab es eine kurze Vorstellungsrunde, weil sich viele Teilnehmer durch die gemeinsame Beratung mehrerer Arbeitsgruppen noch nicht kannten.

Die eigentlich für TOP 5.4 vorgesehenen Diskussionen zur Vorratsdatenspeicherung wurden zeitlich im Anschluss an die Vorstellungsrunde durchgeführt.

Herr Dr. Münch startete die Aussprache mit der Bemerkung, dass die europäische Richtlinie zur Vorratsdatenspeicherung auch in Deutschland umgesetzt werden muss. Der deutsche Gesetzesentwurf ist nach seiner Meinung schon unterster Level, da darin viele Aspekte in abgespeckter Weise festgelegt worden sind. Von der GDD gibt es dazu bereits eine offizielle Stellungnahme, die durch das GDD-Mitglied TeleTrust erstellt worden ist. Es gibt ebenso einige Bestrebungen aus parteilicher Sicht (FDP), die zu einer Initiative vor dem Bundesverfassungsgericht (BVG) führten. Deutschland hat eine Verpflichtung als EU-Mitglied, die Richtlinie umzusetzen, aber es verbleibt stets ausreichend Interpretationsspielraum. Dabei muss u.a. das Berufsgeheimnis stets gewahrt bleiben, so dass es Ausnahmeregelungen für bestimmte Berufsgruppen gibt. Damit ließe sich ein Zugriffsrechte-management aufbauen. Wichtig wäre eine Aufklärung der Betroffenen statt ungezielter Proteste, da man als Datenschützer nur die Möglichkeit hat zu informieren. Es gibt in Deutschland immer eine Frist, nach der geltende Gesetze überprüft werden. Herr Dr. Münch erwähnte in diesem Zusammenhang u.a. das Beispiel der Rasterfahndung und die Datensammlungen des BND. Auch hier war es im Vorfeld zu vielen heftigen Diskussionen gekommen, aber letztlich wurden die entsprechenden Gesetze nur äußerst selten angewandt.

Herr Dr. Blobel ergänzte, dass aus Sicht des GDD-AK bzw. der GMDS-AGs ein Anschluss an die vorhandene Stellungnahme erfolgen kann, aber keine eigene zusätzliche Stellungnahme nötig ist. Entsprechende weitere Aktionen sollten dann eher auf persönlicher Basis erfolgen. Er informierte darüber, dass die internationale Konferenz CeHR 2007 den Punkt des Verlustes bestimmter privater Bereiche bei Einführung personalisierte Gesundheitsdienste (Sensoren, Aktoren, Monitoring, mobile Dienste usw.) beleuchtet hat. Das führt dann u.a. auch zu einem Verlust traditioneller Beziehungen. Daher dürften derartige Prozeduren nicht mehr isoliert betrachtet werden. Die Gesamtperspektive muss beachtet werden, nicht nur die Informationstechnologie. Die Frage ist, ob der Patient überhaupt alle Möglichkeiten nutzen will, da viele Fortschritte nicht oder nur schwer mit den humanistischen Vorstellungen vereinbar sind. Man muss dabei immer aufpassen, die Ursachen zu bekämpfen und nicht nur die Symptome. Das Problem ist die Kontextabhängigkeit. Daher sind die Ansatzpunkte auch nicht die gesetzlichen Bestimmungen.

Herr Prof. Pommerening hatte sich als Privatperson der Stellungnahme schon angeschlossen, weil nach seiner Ansicht der Sachverhalt an sich vor dem BVG überprüft werden muss. Er meinte, dass es der Öffentlichkeit leider oft am nötigen Bewusstsein fehlt.

Nach Ansicht von **Herrn Dr. Hornung** handelt es sich um ein Grundsatzproblem. Man muss darüber nachdenken, wie weit man dem Rechtsstaat trauen kann. Oft werden Gesetze in akzeptabler Form angenommen und dann sehr schnell geändert (verschärft). Er meinte, dass es die Möglichkeit gibt, das Ganze rechtskonform zu machen, die Gesellschaft zu sensibilisieren und Maßnahmen auch ethisch und gesellschaftskritisch zu begründen. Viele geltende Gesetze entsprechen schon lange nicht mehr dem Stand der Technik. Herr Dr. Hornung bestätigte aus seiner Sicht, dass das Aufklären ein wichtiger Punkt ist. Es geht nicht nur um Symptome und Ursachen, sondern auch um Konsequenzen.

Herr Burgert meinte, dass man die „gemeine“ Bevölkerung ohne drastische Beispiele (Mitarbeiter, Klienten, Firmen) kaum erreichen kann, da bestimmte Informationen leider nur von den Interessierten gelesen werden, die meist ohnehin schon sensibilisiert sind. Im Internet werden von Vielen persönliche Informationen

meistens ohne langes Nachdenken preisgegeben, wenn dem Patienten / Bürger auch nur 1% Rabatt angeboten wird.

Nach Ansicht von **Herrn Ruf** ist das Problem eher, dass viele Leute der Meinung sind, sie hätten gar nichts zu verbergen (Ausspruch „langweiliger Mensch“). Daher werde auch kaum darauf geachtet, was man preisgäbe. Überdies weiß der Staat ohnehin sehr viel vom Einzelnen.

Frau Tietze sieht in der jetzigen Phase der Diskussion zur Vorratsdatenspeicherung ein zunehmend wichtiger werdendes Problem im Umfeld der Beratungsbereiche nach § 203 StGB. Dort sind Telefon und Internet noch immer das Mittel der Wahl. Es wird offen beraten. Den MitarbeiterInnen wie auch den KlientInnen müsse per Aufklärung klar gesagt werden, dass die Vorratsdatenspeicherung (und damit die Speicherung der Information, wer wann von wo aus mit wem gesprochen hat) auch vor ihnen nicht Halt macht.

Herr Koeppe meinte, dass man dann entweder den Willen aktiv artikulieren oder sich passiv ins Private zurückziehen muss (siehe Eröffnungsvortrag DAFTA 2006). Dies ist dann die Vorwärts- oder Rückwärts-Strategie.

Herr Pharow warf zum Abschluss die Frage auf, wie man die generelle Vorratsdatenspeicherung zumindest erschweren kann. Es gibt neben „Akzeptieren“ oder „Lassen“ aber auch noch die Trennung zwischen privater und dienstlicher Nutzung von Telefon und Internet. Privat kann sich der Einzelne durchaus einschränken. Dienstlich gibt es dafür unter Umständen keine Möglichkeit.

Die Sitzungsteilnehmer beschlossen, dass sich AK und AGs als Gruppe keiner Verfassungsbeschwerde anschließen sollten. Dies ist Aufgabe des GDD-Vorstandes. Es wurde daher vorgeschlagen, eine GDD-Mitteilung zu entwerfen. Dieses Vorgehen ist seriös, AK und AGs sollten sich daran beteiligen, aber nicht sofort. Eine entsprechende Stellungnahme könnte später auch auf den Webseiten der einzelnen Gruppierungen veröffentlicht werden.

TOP 3: Dieser Tagesordnungspunkt wurde gestrichen (siehe TOP 1).

TOP 4: **1. Herr Dr. Blobel** begann seine Ausführungen mit der Aussage, dass es aus Sicht der Industrie zu viele Standards gibt. Es existieren vor allem zu viele schlechte und zu wenig gute Standards. Selbst letztere sind teilweise unvollständig. Außerdem werden von unterschiedlichen Organisationen Standards zu gleichen Themen veröffentlicht. Deshalb hat sich eine Initiative zur Harmonisierung der Standards formiert. Diese führte anfangs CEN TC 251, ISO TC 215 und HL7 International zusammen. Inzwischen sind IHE, DICOM und andere Organisationen dazu gekommen. In diesem Zusammenhang stellte Herr Dr. Blobel auch die Wichtigkeit von OASIS (Organization for the Advancement of Structured Information Standards) dar. Er informierte über eine neue Arbeitsgruppe, die ISO TC 215 WG 9. Diese WG soll alle existierenden Standards analysieren und bei Unverträglichkeiten zur Harmonisierung an die Ersteller zurück geben (Ziel: 1 Problem = 1 Standard).

Nachfolgend informierte Herr Dr. Blobel über einige konkrete Standards, an denen er selbst aktiv mitwirkte bzw. mitwirkt:

ISO 21298 „Functional and Structural Roles“: Der Standard steht in direkter Beziehung zum ISO 22600 „Privilege Management and Access Control“, beschreibt statische und dynamische Rollen im Gesundheitswesen und beinhaltet die Liste der „International Labour Organization (ILO)“ zu Berufsgruppen. Beispielhaft für das Problem wird während der Sitzung die Beziehung zwischen einer norwegischer Schwester und einem deutschen Arzt im Sinne der Ausstellung eines Rezeptes betrachtet. Schon in der Vorstufe gibt es Probleme.

ISO 22600 „Privilege Management and Access Control“: Zwei Teile sind bereits fertig. Teil 3 des Standards mit Implementierungsbeispielen ist seit Langem überfällig, da sich keine Partner aus anderen Ländern zur Unterstützung und zur

Bereitstellung von Beispielen finden lassen.

ISO 25237 „Pseudonymisation“: Deutschland hat für diese Standardisierungsaktivität sehr viel Material und Zeit eingebracht. Es wird daher auch versucht, den Standard weitestgehend an die Arbeiten zur Pseudonymisierung anzupassen, die für die Telematik-Plattform Medizinische Forschungsnetze (TMF) e.V. geleistet worden sind (u.a. durch Herrn Prof. Pommerening)..

ISO 21547 „Archiving of Electronic Health Records“: Finnland ist das erste Land mit einem Gesetz zur elektronischen Archivierung. Es wird im nächsten Jahr für jeden Bürger vorhanden sein. Allerdings betrachtet das Gesetz jeweils nur die Teildaten, die rechtsverbindlich, stabil und elektronisch signiert sind. Alle anderen Daten über Patienten und deren Behandlung verbleiben in den einzelnen Häusern.

Neue Standardisierungsaktivitäten bei ISO TC 215 gibt es auf den Gebieten (vorläufiger Titel) „Audit Trails for Electronic Health Records“ (ISO 27789) sowie eine Spezifikation zur Betrachtung von Safety/Risk Management (ISO 29322) und zwei weitere Technische Reports zu Fernwartung (federführend ist hier Japan). Außerdem wird von CEN TC 251 der Standard 13606-4 („Electronic Health Record Communication“) als New Work Item übernommen, der sich mit der Sicherheit von elektronischen Gesundheitsakten befasst, allerdings in starkem Widerspruch zu den genannten Standards ISO 21298 und ISO 22600 steht. Abschließend betrachtete Herr Dr. Blobel noch die Revision des europäischen Standards CEN EN 13729rev, der als Vorläufer aller Standards und Spezifikationen von Heilberufsausweisen gelten kann. Herr Dr. Goetz (BMG) ist hier federführend und erstellt vor der revidierten Fassung noch einen Bericht zu Aktivitäten rund um den HBA in den verschiedenen Ländern Europas.

Herr Burgert meldete sich mit einer Verständnisfrage, da die Medizingeräterichtlinie Informationssysteme bisher aus schließt. Hierfür müsste es dann entweder eine Änderung des Gesetzes oder einen staatlichen Zwang geben. Zu betrachten ist das Problem auf alle Fälle.

Herr Dr. Münch ergänzte, dass die Standards leider immer weiter weg vom deutschen Datenschutzrecht sind. Dies hätte die Diskussion sehr deutlich werden lassen. Dabei liegt die „Schuld“ nicht bei den internationalen Organisationen. Die genutzten Begriffe national und international entfernen sich immer weiter voneinander. Das Beispiel BDSG zeigt dies deutlich, und seitens des BSI gibt es keine „syntaktische“ Unterstützung bei derartigen Gesetzesvorhaben. Standards sind allgemein nur gegen Geld oder aktive Mitarbeit erhältlich.

Herr Dr. Münch äußerte sich im Weiteren zu einem DIN-Projekt, das auf Basis einer EU-Verordnung die Datenträgerentsorgung regeln soll. Seiner Meinung nach ist das entsprechende Dokument dazu nicht ausreichend wegen seiner Diskrepanz zwischen Theorie („Daten sind unwiderruflich zu löschen“) und gängiger, viel schlichterer Praxis. Das Dokument (eine Checkliste) hat lediglich 2 Seiten Umfang und soll bis Ende 2007 fertig sein.

2. Herr Burgert berichtete im Anschluss über die Aktivitäten der DICOM WG24. Er meinte, dass es sehr viel Informations- und kaum Kommunikationstechnologie gibt. Er ging in seiner Präsentation u.a. auf die 2005 neu gegründete WG 24 in DICOM sowie auf Projektgruppen, Modelle, Arbeitsergebnisse und Planungen ein. Seine Präsentation ist im internen Download-Bereich der AK-Webseiten verfügbar.

TOP 5: Da der Großteil der Beiträge in diesem TOP gestrichen werden musste (siehe auch TOP 1), wurden verschiedene andere Themen diskutiert.

4.1. Zum Thema Unterschrift bzw. Signatur begann **Herr Dr. Blobel** damit, dass dieses Thema mit der Frage beginnt, was rechtlich verbindlich überhaupt unterschrieben werden muss und wo man diese Unterscheidung geregelt findet, unabhängig davon, ob handschriftlich oder elektronisch. Bzgl. der Unterschrift und ihrer Notwendigkeit gibt es bereits Analysen in Krankenhäusern. Sämtliche

Auftragsdokumentation muss signiert werden.

Herr Prof. Pommerening äußerte, dass es keine wirkliche gesetzliche Regelung gibt. Die allgemeine Haltung entsteht oft aus dem Haftungsrecht. Vor Gericht ist die Unterschrift ein wichtiges Beweismittel z.B. bei Fragen von Vertragsrecht und Vertragsverletzung. Außerdem ist stets die Unterschrift als Ganzes zu sehen, also im Kontext von Inhalt, Person und Zeit (Datum).

Herr Dr. Hornung meinte, der Hintergrund der Frage sei weder Elektronik noch Recht, sondern einfach die Rationalisierung der Arbeit. Die Frage ist, was man denn wirklich unterschreiben muss. Er machte daher den Vorschlag, die elektronische Seite bei der Diskussion erstmal außer Acht zu lassen.

Frau Tietze bemerkte, dass mit den §126 und 126a BGB sowie mit dem HGB für die Schriftform bereits ein Rahmen vorgegeben ist. Oft ist die Unterschrift auch eine „gezeichnete“ Unterschrift (ein eingescanntes Faksimile).

Herr Dr. Langrock sieht die Frage auch aus der Sicht der gesetzlich vorhandenen Dokumentationspflicht für Ärzte. Diese ist in der Berufsordnung festgeschrieben, und die Ärzte signierten oft der Einfachheit halber alles.

In **Frau Rohleders** beruflichem Umfeld existiert dazu eine Dienstanweisung, nach der aus Gründen der Beweispflicht alle Bestandteile einer elektronischen Krankenakte (und auch ihr Pendant auf Papier) zwingend zu unterschreiben sind. Ansonsten müsste die Geschäftsführung die Verantwortung für Fehler übernehmen.

4.2. Zur Frage mobiler externer Geräte und deren Einsatz im Klinikum fragte **Frau Rohleder** nach einer praktikablen Lösung zu USB-Sticks, die in ihrem Haus per Dienstanweisung nicht erlaubt, aber stark nachgefragt sind. Eine Option wäre die Öffnung des USB-Ports an den PCs und Thin-Client-Systemen (IGEL).

Nach Aussage von **Herrn Dr. Münch** ist eine weitere Möglichkeit das Aufstellen von gesicherten PCs an neuralgischen Punkten, über die USB-Sticks angeschlossen und deren Inhalte so in das interne Netz übernommen werden können (nach Virencheck, Filterung usw.). Nach seiner Erfahrung besteht aber das Problem nicht nur im Einspielen von Informationen, sondern auch im unkontrollierten Auslesen solcher sensitiven Informationen. Weiterhin können Probleme mit Fremdsoftware auf den externen Speichermedien sowie mit Lizenzierungsproblemen bei solcher Software auftauchen. Bestimmte Dinge lassen sich lösen, andere wiederum nicht. Der Datenschutz soll aber immer praktikable Lösungen anbieten.

Herr Dr. Hornung konnte eine Lösung anbieten. Der hessische Datenschutzbeauftragte hat zur Fragestellung bereits ein Muster veröffentlicht, wie man mit preiswerter passender Software eine sinnvolle Verwaltung externer Speichermedien organisieren kann. Daneben müssen entsprechende Randbedingungen wie ein lückenloser Virencheck zentral und lokal realisiert werden. Es kann dann auch z.B. ein striktes Verbot aller privaten DV-Geräte ausgesprochen, aber dienstliche USB-Sticks zugelassen werden. Dennoch vorgefundene private USB-Sticks werden dann in dienstliche Geräte umgewandelt, d.h. in den Bestand der Klinik übernommen. Generell verboten ist aber stets die Mitnahme jeglicher Art von Patientendaten nach Hause.

4.3. Interessant ist das Problem des Datentransfers zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (Übermittlung von Entlassungsbericht bzw. Epikrise unter Berufung auf Schadensersatzansprüche nach § 294a SGB V). **Herr Dr. Münch** betrachtete das Ganze aus der Sicht der Problemdiskussion und ergänzte, dass stets erst die Frage beantwortet werden muss, ob ein Verdacht berechtigt ist.

Frau Rohleder sagte, dass es ihrer Meinung nach in 2005 eine Stellungnahme des Bundesbeauftragten dazu gab, nach der nur die unbedingt erforderlichen Daten kommuniziert werden sollen. Diese Stellungnahme soll gefunden und nachgereicht werden.

Herr Koeppe ergänzte dazu, dass es stets nur um Informationen bzw. Daten geht, nie um Dokumente. Oft steckt hinter der Anfrage seitens der Krankenkasse nur der Prüfzweck, man will sich die Einschaltung des MDK sparen. Dies ist aber rechtlich nicht zulässig.

Frau Tietze meinte, dass hier stets eine Einzelfallprüfung erforderlich ist und dass ohnehin nur die Einsicht in bestimmte Informationen erlaubt werden sollte, auf keinen Fall aber sollten alle Daten offen gelegt werden. Einsicht heißt außerdem nie Übermittlung.

Herr Dr. Münch schloss die Diskussion mit der Zusammenfassung, dass eine Antwort auf ein solches Ansinnen seitens deiner Krankenkasse immer nur eine Antwort also solches ein darf, nie die Übermittlung von Daten. Für alle anderen Zwecke gibt es den MDK, der eingeschaltet werden muss.

TOP 6: Herr Dr. Blobel informierte die Teilnehmer über das Spezialsymposium zum Gesundheitsdatenschutz im Rahmen der 31. DAFTA. Das Symposium verlief recht erfolgreich, es gab ca. 30 Teilnehmer. Die Beiträge waren ausgewogen und kamen aus allen Sichten (Datenschützer, Industrie, Praxis, Wissenschaft, Strategie, Perspektive). Diesmal war nicht Thilo Weichert anwesend, sondern Lukas Gundermann. Sein Vortrag war nach Ansicht von Herrn Dr. Blobel rechtlich gut, während er einige technische Unkorrektheiten aufwies. Der Vortrag von Herrn Dobler war sehr gut und kompakt, ebenso wie der sehr praxisbezogene Beitrag von Herrn Dr. Brunner.

Der Symposiumsbeitrag von Herrn Dr. Blobel selbst fokussierte auf Datenschutz und Datensicherheit. Er sprach offene Probleme im Konzept der gematik mbH sowie die wichtigen Aspekte von Stapelsignaturen, Komfortsignaturen und dem verbindlichen Signieren mit identifizierenden Mitteln wie Fingerprint und RFID an, die rechtlich noch geprüft werden müssten. Die Technik selbst ist aber verfügbar und arbeitet inzwischen auch bereits recht zuverlässig.

Nach Aussage von **Herrn Dr. Münch** hatte die DAFTA 2007 ca. 400 Teilnehmer, davon etwa 100 eingeladene Personen (GDD, ERFA, Referenten usw.). Generell ging die DAFTA der Frage nach, inwieweit eine stetige Ausweitung der staatlichen Sicherheits- und Kontrollbefugnisse noch in einem angemessenen Verhältnis zu den Datenschutzerfordernissen steht, welche an die Wirtschaft gestellt werden. Neben Frau Hohmann-Dennhardt (Richterin am BVerfG) und Herrn Ulmer (Konzernbeauftragter für den Datenschutz der Deutschen Telekom AG) sollte eigentlich auch Herr Schäuble in der Eröffnungsplenarsitzung auftreten, aber er schickte mit Herrn Freiberg (Vorsitzender Gewerkschaft der Polizei) dann doch „nur“ einen Ersatz. Dieser hieß unerwarteter Weise alle Entscheidungen des BMI gut und unterlegte dies mit einigen Argumenten. Herr Ulmer äußerte sich mehrfach zum Hintergrund der Vorratsdatenspeicherung. Eine Round-Table Diskussion, an der neben Herrn Schaar (BDSB) u.a. auch der ehemalige Bundesinnenminister Gerhart Baum teilnahm, beschloss die Plenarsitzung.

Die Veranstaltung wurde allgemein sehr gut aufgenommen, zu allen Workshops etc. gab es positive Resonanz. Herr Dr. Blobel war der Meinung, dass es gut wäre, dem Gesundheitswesen im Abschlussplenum 2008 oder 2009 einen entsprechenden Platz einzuräumen, da Themen wie eGK, HBA, Rezept, Gesundheitsakte usw. von allgemeinem Interesse für alle Datenschützer sein müssten.

Herr Dr. Münch berichtete im Anschluss von der TeleTrusT-Mitgliederversammlung unmittelbar vor Beginn der DAFTA, auf der u.a. auch Herr Paland auftrat. Dieser teilte sehr optimistisch mit, dass die Spezifikation für die eGK abgeschlossen ist und dass somit die Produktion der Karten noch im Dezember 2007 beginnen könne. Er sprach dabei nur von den niedergelassenen Ärzten; bzgl. der Krankenhäuser gibt es noch keine Informationen.

Es gibt zwar noch immer Probleme mit dem Identifikationsmerkmal der Patienten,

aber das Release 1 (Funktionen offline) läuft in den Testregionen bereits an. Trotzdem gibt es den Aussagen der Verantwortlichen in den Regionen nach noch viele große und kleine Probleme. Dies führt u.a. auch zu einer unbefriedigenden Situation für alle Betroffenen unabhängig von der Ansicht des BMG. Nach Meinung von Herrn Dr. Blobel ist das Spezifikationsgeflecht rund um eGK, HBA; Konnektor und Dienste auch sehr komplex, so dass Probleme dieser Art immer auftauchen werden.

TOP 7: Herr Pharow berichtete über die 52. Jahrestagung der GMDS im September 2007 in Augsburg. Diese Veranstaltung war Teil der gleichzeitigen Jahrestreffen von 6 verschiedenen Fachorganisationen. Die Qualität der Veranstaltung hatte unter diesem Sachverhalt sehr gelitten – es gab zu viele parallele Veranstaltungen, und die Bandbreite war viel zu groß. Dies führte dazu, dass themengleiche Sitzungen zeitgleich an unterschiedlichen Orten durchgeführt wurden. Das durch die GMDS-AG DGI angebotene Tutorium hatte daher nur 6 angemeldete Teilnehmer, die aber alle sehr interessiert waren. Der durch die AG DGI organisierte Workshop „ID Management in Anwendungen des Gesundheitswesens“ (zusammen mit der GMDS-AG SIE und dem EU-Projekt BioHealth) war dagegen mit über 40 engagierten Teilnehmern sehr gut besucht. Dort wurde u.a. über Datenschutz, Datensicherheit, Biometrie, Standardisierung, Master-Patient-Index, Identitätsmanagement, Pseudonymisierung und weitere Themen informiert und diskutiert. Es wurde wegen des Erfolges beschlossen, einen ähnlichen Workshop mit weiter führenden Betrachtungen auch 2008 in Stuttgart wieder anzubieten.

TOP 8: Herr Dr. Blobel informierte über die internationale Konferenz „eHealth: Combining Health Telematics, Telemedicine, Biomedical Engineering and Bioinformatics to the Edge“ (CeHR 2007), die an den Tagen vor der Sitzung in Regensburg stattfand. Es war eine interessante Veranstaltung – das erste globale Event, um eHealth zu beschreiben. Die fast 30 eingeladenen Redner von Sonntag bis Dienstag waren aufgefordert, strategisch zu referieren und Visionen zu entwickeln, was die Mehrheit auch tat. Dabei hielten sich Beiträge zu Chancen und Risiken, aber auch Ängste z.B. wegen einer wachsenden Transparenz durchaus die Waage. Das Motto der Konferenz fokussierte auf das verbindende Element, auf die Brücken zwischen den unterschiedlichen Fachbereichen, die eHealth letztlich ausmachen. Wichtig für die Zukunft sind das Knüpfen von Verbindungen und das Etablieren technischer und vor allem „menschlicher“ Netzwerke.

Am Mittwoch fanden parallel vier Workshops statt, die unterschiedliche Aspekte betrachteten. Ein Workshop (ELAN) adressierte die Zusammenarbeit zwischen Europa und Lateinamerika in Fragen von eHealth und Public Health. Ein zweiter Workshop informierte über die Ergebnisse der tschechischen Kollegen beim Aufbau einer Telematik-Infrastruktur und beim Lösen der entsprechenden Probleme. Der dritte Workshop führte die Referenten der eingereichten Präsentationen zusammen, die kurz über die auf den Poster dargestellten Ergebnisse ihrer Forschungs- und Entwicklungsarbeiten berichten konnten. Der vierte Workshop befasste sich mit den Problemen einer grenzüberschreitenden Gesundheitstelematik sowie beim Aufbau elektronischer Gesundheitsakten (samt Karten) und brachte namhafte Referenten aus Österreich, der Schweiz und Deutschland zusammen. Als Fazit mag an dieser Stelle genügen, dass die Einführung der Gesundheitskarten und Gesundheitsakten in Österreich eher forsch and pragmatisch, in Deutschland eher politisch und kompliziert und in der Schweiz eher naiv bzw. reserviert angegangen wird. Die Zukunft wird zeigen, welches Konzept sich durchsetzen kann.

TOP 9: Kommende Veranstaltungen:

- Sitzung des Fachbereiches „Medizinische Informatik“ und Workshop zur Standardisierung elektronischer Gesundheitsakten, Berlin, 19. Februar 2008
- 13. Fachtagung "Praxis der Informationsverarbeitung in Krankenhaus und Versorgungsnetzen" (KIS 2008), Dortmund, 20. bis 22. Februar 2008

- 21. Internationaler Kongress der „European Federation for Medical Informatics“ (MIE 2008), Göteborg, Schweden, 25. bis 28. Mai 2008
- 5. Internationaler Kongress „ICMCC“ zu Fragen elektronischer Gesundheitsakten und Patienten- bzw. Bürgereinbeziehung, London, Großbritannien, 9. bis 11. Juni 2008
- Internationaler Kongress „TTeC“ zu Fragen der Telemedizin, Tromsø, Norwegen, 9. bis 11. Juni 2008
- 13. Nationale Arbeitstagung und Fortbildungsveranstaltung „Telematik im Gesundheitswesen“, Heidelberg, 12. bis 14. Juni 2008

Der nächste GSW-Infotag (DSGSW) des AK sollte am 9. September 2008 in Berlin stattfinden. Parallel dazu findet allerdings die eHealth-Konferenz 2008 in Kiel statt. Der AK wird sich deshalb bemühen, den Infotag möglichst im Rahmen dieser Konferenz in Kiel zu organisieren. Eine Verlegung um wenige Tage früher oder später macht auch keinen Sinn. Eine Alternative dazu wäre Anfang Juni 2008. Die Teilnehmer beschlossen jedoch vorerst, dass dies aus verschiedenen Gründen nicht weiter verfolgt wird.

Weitere Veranstaltungen im Jahr 2008 sind wie immer die DAFTA (wahrscheinlich vom 19. bis 21. November 2008 in Köln) sowie die bekannten GDD-Info-Tage, die 2008 wegen der großen Resonanz in den Vorjahren gesplittet stattfinden: thematisch deckungsgleich am 6. März 2008 in Hannover im Rahmen der CeBIT und am 18. April in Frankfurt/Main (Flughafen).

TOP 10: Die nächste offizielle Sitzung des GDD-AK GSW findet am Montag, dem 10. März 2007, in Dessau statt. Frau Rohleder wird sich um die Organisation der Sitzung selbst sowie um ein Vorabendprogramm kümmern. Details werden wie immer auf den Webseiten des AK veröffentlicht. Herr Dr. Münch wies zum Abschluss darauf hin, dass es in Dessau neben den Themen von TOP 5 unbedingt eine Absprache zur nächsten Auflage des Handbuchs geben muss.

Die nächste Sitzung der GMDS-AG DGI wird wie geplant am 19. und 20. Februar 2008 in Dortmund im Vorfeld der KIS-Tagung 2008 (siehe oben) stattfinden. Themen sind die weitere Arbeit der AG, die Fragen von Ethik und Patientenrechten sowie die Wahl der AG-Leitung.

gez. K. Engel, P. Pharow (Protokollanten)

Teilnehmerliste: 37. Sitzung des GDD-AK GSW am 06.12.2007 in Regensburg

Nr.	Name	Vorname	Institution
1	Blobel	Bernd	eHCC Regensburg
2	Burgert	Oliver	ICCAS, Uni Leipzig
3	Engel	Kjeld	eHCC Regensburg
4	Hardelt	Stefan	MTG
5	Hornung	Bernd	Uni-Klinikum Marburg
6	Koeppe	David	Vivantes GmbH Berlin
7	Langrock	Klaus	DIL (Datenschutz- und IT-Sicherheitsberatung)
8	Münch	Peter	GDD e.V.
9	Pharow	Peter	eHCC Regensburg
10	Pommerening	Klaus	Uni Mainz
11	Rohleder	Gabriele	Städtisches Klinikum Dessau
12	Ruf	Gerhard	DS Erlangen
13	Tietze	Barbara	Diakonie Sachsen