

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Matthias Sehling, Andreas Storm,
Annette Widmann-Mauz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU
– Drucksache 15/2708 –**

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) soll die Mitte der 90er Jahre eingeführte Chipkarte für Versicherte der GKV zum 1. Januar 2006 durch eine elektronische Gesundheitskarte ersetzt werden. Dazu wird die Krankenversichertenkarte mit einem Mikroprozessor ausgestattet, der neben den bisherigen administrativen Funktionen den Einsatz des elektronischen Rezepts und die Leistungsanspruchnahme im europäischen Ausland (Ersatz des „Auslandskrankenscheins“) ermöglicht. Auf freiwilliger Basis kann der Versicherte darüber hinaus die elektronische Gesundheitskarte zur Speicherung von Notfalldaten und Daten einer Arzneimitteldokumentation, als elektronischen Arztbrief und elektronische Patientenakte sowie für Funktionen der Patientenquittung nutzen. Der Vorbeugung von Missbrauch dienen schließlich die Aufbringung eines Lichtbilds und die Speicherung des Geschlechts sowie des Zuzahlungsstatus des Versicherten.

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erfordert umfangreiche technische und administrative Vorbereitungen sowie Investitionskosten von mindestens 1 Mrd. Euro. In jüngster Zeit mehrten sich Warnungen insbesondere der Krankenkassen, dass der avisierte Einführungstermin 1. Januar 2006 nicht zu halten sein wird. Allenfalls eine schrittweise Einführung ab Jahresbeginn 2006 wird derzeit als realistisch erachtet.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) bildet die rechtliche Grundlage zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte als Versichertenkarte der 2. Generation. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die bisherige Krankenversichertenkarte spätestens zum 1. Januar 2006 zu einer elektronischen Gesundheitskarte zu erweitern. Die privaten Kassen planen die Ausgabe einer entsprechenden Karte. Die elektronische Gesundheitskarte wird – wie die bisherige Krankenversichertenkarte – die

administrativen Daten des Versicherten enthalten, die Übermittlung des Rezeptes in elektronischer Form ermöglichen und darüber hinaus geeignet sein, auf Wunsch der Versicherten Gesundheitsdaten verfügbar zu machen. Dazu gehören insbesondere Daten einer Arzneimitteldokumentation, Notfalldaten, Daten einer Patientenakte, eines Arztbriefes und von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten. Gesundheitsdaten sollen zum einen auf der Gesundheitskarte gespeichert werden, zum anderen soll die Karte als Werkzeug für Serveranwendungen dienen. Darüber hinaus wird die elektronische Gesundheitskarte mit einer „europäischen Rückseite“ ausgestattet sein, die die Inanspruchnahme von Leistungen in den Mitgliedstaaten der EU ermöglicht. Patientenrechten und Datenschutz wird durch Einwilligung, Zugriffsregelungen, Leserechte, Verwendungsverbot und ein Beschlagnahmeverbot Rechnung getragen.

Mit der Gesundheitskarte soll die Qualität der Behandlung verbessert, für mehr Transparenz im Gesundheitswesen gesorgt und den Patienten die Möglichkeit gegeben werden, stärker als bisher in das Behandlungsgeschehen einbezogen zu werden. Die dringend benötigte Vernetzung der am Versorgungsgeschehen Beteiligten soll mit der Gesundheitskarte unterstützt werden. Um diese Ziele zu erreichen, wird im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) auch die Schaffung einer Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur geregelt. Die Schaffung der für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlichen Infrastruktur sowie die Festlegung von Inhalt und Struktur der Datensätze hat nach den Regelungen des SGB V durch Vereinbarungen der Selbstverwaltung zu erfolgen. Die Vereinbarungen bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). Dieses hat vor der Genehmigung dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Vereinbarungen der Selbstverwaltung müssen innerhalb einer vom BMGS festgesetzten Frist erfolgen. Eine Ersatzvornahme in Form einer Rechtsverordnung, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf, ist gesetzlich vorgesehen. Die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte sollen schrittweise eingeführt werden. Prioritäre Anwendungen sind die administrativen Daten, die europäischen Vorgaben, das elektronische Rezept sowie die Arzneimitteldokumentation und die Notfalldaten. Die elektronische Gesundheitskarte wird technisch so ausgestaltet werden, dass Anwendungen phasenweise integriert werden können, ohne dass dafür ein Austausch der Karten erforderlich ist. Zur Unterstützung der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte hat das BMGS Ende August 2003 nach einer europaweiten Ausschreibung ein Konsortium unter Leitung der IBM Deutschland GmbH (bIT4health) mit der Erstellung einer Rahmenarchitektur, der Vorbereitung der Testphase sowie einer wissenschaftlichen und technischen Begleitung des Projekts bis 2006 beauftragt.

1. Mit welchem konkreten Zeitplan und welchen einzelnen Etappen der Entwicklung und Einführung will die Bundesregierung sicherstellen, dass die elektronische Gesundheitskarte am 1. Januar 2006 flächendeckend allen 70 Millionen GKV-Versicherten zur Verfügung gestellt werden kann?

Die Krankenkassen sind verpflichtet, die bisherige Krankenversichertenkarte spätestens zum 1. Januar 2006 zu einer elektronischen Gesundheitskarte zu erweitern. Die für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erforderliche Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur ist von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene zu vereinbaren. Darüber hinaus sieht das Gesetz vor, dass die genannten Organisationen auch Festlegun-

gen zu den Dateninhalten und -strukturen treffen. Für den Fall, dass entsprechende Vereinbarungen nicht innerhalb einer vom BMGS gesetzten Frist zustande kommen, sieht das Gesetz die Möglichkeit vor, dass das BMGS die Inhalte durch Rechtsverordnung bestimmt.

Die Bundesregierung hat zur Unterstützung der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte eine Reihe von Maßnahmen in die Wege geleitet. Dazu gehört auch die Erarbeitung eines technischen Zeitplans, auf dessen Grundlage in einzelnen Etappen die Entwicklung und Einführung der Gesundheitskarte erfolgen kann. Zunächst wird eine Rahmenarchitektur für die IT-Prozesse des Gesundheitswesens erstellt. Aus dieser Rahmenarchitektur muss eine konkrete Lösungsarchitektur entwickelt werden. Danach schließen sich Musterlösungen, Labortests und Integrationstests an. Dem folgen im weiteren Verfahren erste „Feldversuche“ in Form von „Mini-Tests“ mit wenigen Beteiligten und Pilottests mit ca. 10 000 Versicherten. Die Pilottests sollen anschließend in Phasen mit 100 000 Versicherten überführt werden. Letztere Phase wird von der Selbstverwaltung bereits als Beginn des „Rollouts“ betrachtet. Entsprechend dem technischen Zeitplan wurde der Entwurf der Rahmenarchitektur im März 2004 termingerecht fertiggestellt und steht nun sowohl den betroffenen Fachkreisen als auch der Öffentlichkeit zur Kommentierung zur Verfügung. Die für die Testphase erforderliche Lösungsarchitektur soll jetzt entworfen werden. Die sich daran anschließenden Phasen Musterlösung, Labortests, Integrationstests und Mini-Tests sollen in der 2. Jahreshälfte 2004 erfolgen. Im Hinblick auf das Ziel der Interoperabilität des Gesamtsystems ist es beabsichtigt, die Phasen bis zu den Mini-Tests als zentrale Vortests durchzuführen. Die flächendeckende Implementierung der elektronischen Gesundheitskarte ist Angelegenheit der Krankenkassen. Diese sind derzeit dabei, hierfür entsprechende Planungen aufzustellen.

2. Wurden an diesem Zeitplan seit der Einbringung des GKV-Modernisierungsgesetzes in den Deutschen Bundestag Änderungen vorgenommen?

Welche, aus welchem Anlass und mit welchem Erfolg?

Die grundlegenden Aussagen des BMGS zum beabsichtigten Zeitplan haben sich seit Einbringung des GKV-Modernisierungsgesetzes in den Deutschen Bundestag nicht verändert. Danach erfolgte im Jahre 2003 eine Konzeptions- und Vorbereitungsphase, die im Jahre 2004 von der Architektur- in die Testphase übergeht. Die Testphase muss im Jahre 2005 in den „Rollout“ übergehen. Die Planungen des BMGS zum Gesamtprojekt sehen weiterhin vor, dass im Hinblick auf die Abstimmungsprozesse mit den Beteiligten und das Fortschreiten der fachlichen Konzeptionen Veränderungen in der Ausgestaltung der einzelnen Phasen erfolgen können.

3. Welche Frist hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) nach § 291a Abs. 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für die Vereinbarung über die Schaffung der für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlichen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur gesetzt?

Wie fügt sich diese Frist in den in der Antwort auf Frage 1 genannten Zeitplan ein?

Das BMGS hat den nach § 291a Abs. 7 SGB V Beteiligten für die Vereinbarung über die Schaffung der für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlichen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur eine Frist bis zum 1. Oktober 2004 gesetzt. Die Frist wurde so gesetzt, dass sie sich in den in der Antwort zu Frage 1 erläuterten Zeitplan einfügt.

4. Wie erklärt sich die Bundesregierung Äußerungen der Vorstandsvorsitzenden des Verbandes der Angestellten-Ersatzkassen, eines Vorstandsmitglieds der Deutschen Angestellten-Krankenkasse, des Vorstandsvorsitzenden der AOK Baden-Württemberg, des Sprechers des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen sowie des stellvertretenden Hauptgeschäftsführers der Bundesärztekammer, die in den vergangenen Tagen massive Zweifel geäußert haben, dass der Einführungstermin 1. Januar 2006 zu halten sein wird?
5. Worauf beruhen nach Kenntnis der Bundesregierung diese Einschätzungen führender Vertreter der Krankenkassen und der Ärzteschaft?
Ist die Bundesregierung diesen Hinweisen nachgegangen?
Was ist das Ergebnis ihrer Prüfung?

Die Bundesregierung erklärt sich die Zweifel von Vertretern der Krankenkassen und dem Vertreter der Ärzteschaft an dem vorgesehenen Einführungstermin der elektronischen Gesundheitskarte dadurch, dass sie Sorge haben, dass der notwendige Konsensfindungsprozess innerhalb der Selbstverwaltung erhebliche Zeit in Anspruch nehmen wird. Der Bundesregierung ist bekannt, dass es der Selbstverwaltung in der Vergangenheit nicht gelungen ist, sich auf wichtige Punkte zur Einführung einer Telematik-Infrastruktur einvernehmlich zu verständigen, obwohl der Selbstverwaltung von ihr selbst in Auftrag gegebene Gutachten vorliegen, die die Wirtschaftlichkeit und qualitätsverbessernden Auswirkungen einer abgestimmten Telematik-Infrastruktur für das Gesundheitswesen eindeutig belegen. Die Bundesregierung hat daher angeregt, dass die Beteiligten eine für die Größe des Technologie-Projekts angemessene Aufbauorganisation etablieren, bei der insbesondere durch Übertragung von Verantwortlichkeiten schnellere Entscheidungsfindungen erreicht werden können.

Im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes wurde es der Bundesregierung darüber hinaus ermöglicht, die Vereinbarungen über die erforderliche Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur durch eine Rechtsverordnung zu ersetzen, falls die Selbstverwaltung keinen oder keinen vollständigen Konsens erreicht.

6. Wie bewertet die Bundesregierung Einschätzungen der Krankenkassen, die von einer Verfügbarkeit der elektronischen Gesundheitskarte für Pilotversuche nicht vor April 2005 ausgehen, weil Voraussetzung dafür die Aufbringung einer neuen Versichertennummer auf der Krankenversichertenkarte ist und für diese Versichertennummer gemäß § 290 Abs. 2 SGB V bis zum 30. Juni 2004 ein Konzept vorzulegen ist, dessen Umsetzung in die Praxis durch Änderung der Software und nachfolgende Umstellung der gesamten Datenbestände der Krankenkassen weitere sechs bis neun Monate in Anspruch nehmen wird?

Die Bundesregierung teilt die Auffassung der Krankenkassen, dass die neuen Versichertennummern und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte eng miteinander verknüpft sein sollten. Sie geht davon aus, dass die Krankenkassen alle Schritte unternehmen werden, um nicht den gesamten, vom Gesetz eingeräumten Zeitraum für die Konzeption der neuen Versichertennummer in Anspruch zu nehmen. Hinsichtlich der Testphase sieht die Bundesregierung grundsätzlich zwei Möglichkeiten:

1. Die Testphase kann mit der alten Krankenversichertennummer begonnen werden. Die Krankenversichertennummer kann dabei elektronisch gespeichert und zu einem späteren Zeitpunkt elektronisch durch die neue Versichertennummer ersetzt werden. Soweit dabei im europäischen Teil auf der Rückseite Veränderungen vorgenommen werden müssen, kann dies durch

technische Verfahren erfolgen. Alternativ dazu besteht auch die Möglichkeit, auf der Rückseite zunächst die alten Krankenversicherenummern zu belassen und einen kasseninternen Weiterleitungsprozess zu organisieren.

2. Die Bundesregierung hält es wegen des hohen Einsparpotentials und der mit der Gesundheitskarte realisierbaren Qualitätsverbesserung darüber hinaus für vertretbar, in Pilotregionen mit bis zu 10 000 Versicherten gegebenenfalls einen Austausch der dort ausgegebenen Test-Gesundheitskarten vorzunehmen.

7. Welchen Stellenwert hat der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft beauftragte Planungsauftrag eRezept, eArztbrief, ePatientenakte und Telematik-Infrastruktur für die nach § 291a Abs. 7 SGB V vorgesehene Schaffung der für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlichen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur und die Genehmigungspflicht durch das BMGS?

Die Bundesregierung sieht den Planungsauftrag von Teilen der Spitzenverbände (siehe auch Antwort zu Frage 21) als wichtigen Beitrag zur Einführung des elektronischen Rezeptes und zum Aufbau der Telematik-Infrastruktur. Auch wenn die Bundesregierung nicht mit allen Aussagen des Planungsauftrages übereinstimmt, enthält der Planungsauftrag in vielen Bereichen wertvolle Entscheidungshilfen, die auch im Rahmen der Genehmigungen des BMGS Berücksichtigung finden werden.

8. Auf welche Weise will die Bundesregierung sicherstellen, dass pünktlich zum 1. Januar 2006 alle Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Heilmittelerbringer, Hilfsmittelerbringer, ambulante Pflegedienste) über die notwendigen Lesegeräte, die notwendige Software, den notwendigen Online-Zugang sowie den erforderlichen elektronischen Heilberufsausweis verfügen und ausreichend in die Nutzung der neuen Technik eingewiesen worden sind?

Die Einrichtung der für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte notwendigen Infrastruktur ist Aufgabe der Selbstverwaltung. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Selbstverwaltung die von ihr immer wieder beanspruchten Zuständigkeiten auch entsprechend den gesetzlichen Verpflichtungen wahrnehmen wird. Um den bei der Selbstverwaltung hierfür notwendigen Aufbauprozess zu unterstützen, hat das BMGS eine Reihe von Maßnahmen in die Wege geleitet. Hierzu gehört insbesondere die Erstellung einer Telematik-Rahmenarchitektur, die zwischenzeitlich veröffentlicht wurde. Sollte die Selbstverwaltung den ihr obliegenden Aufgaben nicht nachkommen, wird die Bundesregierung die im SGB V vorgesehen Ersatzvornahmen in die Wege leiten.

Bezüglich der Einführung des elektronischen Heilberufsausweises hat sich das BMGS mit den Ländern auf eine zuständigkeitsbezogene Arbeitsteilung verständigt. Danach gehört es insbesondere zur Aufgabe der Länder, den Einführungsprozess für die elektronischen Heilberufsausweise koordinierend zu unterstützen. Die Einführung soll von den Kammern organisiert werden. Die Länder haben hierfür eine eigene Projektgruppe unter Einbeziehung aller Beteiligten initiiert, die eng mit dem BMGS zusammenarbeitet.

9. Welche Behörden, Institutionen, Körperschaften, Kammern und privatwirtschaftliche Unternehmen sind in die Entwicklung und Einführung des

elektronischen Heilberufsausweises auf welche Weise und zu welchen Zwecken eingebunden?

10. Auf welche Weise sind die Kammern der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sowie die Berufsverbände der Heilmittelerbringer, Hilfsmittelerbringer und ambulanten Pflegedienste in die Arbeiten zur Entwicklung und Einführung des elektronischen Heilberufsausweises eingebunden?

Die Ausgabe von Arztausweisen richtet sich nach Landesrecht. In die von den Ländern und der Selbstverwaltung initiierten Projektgruppen sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt neben dem BMGS insbesondere Ärzte- und Zahnärztekammern, Industrie, Datenschützer, Kassenärztliche Vereinigungen und die Apothekerschaft einbezogen. Die Einbeziehung der genannten Berufsverbände wird erörtert. Um die Interessen von derzeit noch nicht einbezogenen Verbänden zu ermöglichen, werden die Arbeitsergebnisse veröffentlicht. Es ist beabsichtigt, alle Aktivitäten für elektronische Heilberufsausweise bundesweit zu koordinieren. Die Arbeiten sind eng mit den Arbeiten der Projektgruppe „Telematik – Gesundheitskarte“ des BMGS verzahnt. Damit soll erreicht werden, dass ein bundesweit interoperables System geschaffen wird. Zusätzlich haben die Leistungserbringer der Selbstverwaltung eine Arbeitsgruppe unter der Geschäftsführung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung installiert, die die organisatorischen und technischen Infrastrukturmaßnahmen erarbeitet und ebenfalls eng mit der Länderarbeitsgruppe zusammenarbeitet.

11. Welche Aufträge für Beratungs- und Entwicklungsleistungen wurden durch die Bundesregierung und die nach § 291a Abs. 7 SGB V Beteiligten im Rahmen der Entwicklung und Einführung des elektronischen Heilberufsausweises bisher an privatwirtschaftliche Unternehmen vergeben?

Wer waren die Auftragnehmer, was waren die jeweiligen Auftragsgegenstände, und wie hoch war das jeweilige Auftragsvolumen?

Aus welchen Titeln des Bundeshaushalts wurden die Aufträge in welcher Höhe finanziert?

Für die Entwicklung und Einführung des elektronischen Heilberufsausweises wurden von der Bundesregierung bisher keine Aufträge für Beratungs- und Entwicklungsleistungen an privatwirtschaftliche Unternehmen vergeben. Die Entwicklung der Version 2.0 der HPC Spezifikation erfolgte durch Ärzte- und Apothekerschaft.

Insgesamt wurden nach Auskunft der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die folgenden Aufträge vergeben:

Entwicklung der Spezifikation für den elektronischen Heilberufsausweis HPC Vers. 1.0

Auftraggeber: Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Vergabe erfolgte über das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI).

Auftragnehmer: Fraunhofer-Institut für sichere Telekooperation SIT (Darmstadt)

Vergabedatum: 18. Mai 1998

Auftragsvolumen (inkl. MwSt. in Euro): 23 723,94 (46 400 DM).

Entwicklung der Spezifikation für den elektronischen Heilberufsausweis HPC Vers. 2.0

Auftraggeber: Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, zusammen mit der Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände (ABDA). Die Vergabe erfolgte über das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI).

Auftragnehmer: Fraunhofer-Institut für sichere Telekooperation SIT (Darmstadt)

Telekooperation SIT (Darmstadt)

Vergabedatum: 14. November 2002

Auftragsvolumen (inkl. MwSt. in Euro): 11 600 (anteiliger Betrag für Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung).

Grobkonzept für die Ausgabe des elektronischen Heilberufsausweises durch Landesärztekammern

Auftraggeber: Bundesärztekammer. Die Vergabe erfolgte über das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI).

Auftragnehmer: Secartis AG (Grasbrunn)

Vergabedatum: 12. Februar 2004

Auftragsvolumen (inkl. MwSt. in Euro): 85 840

Die Kosten werden zu 100 % von der Bundesärztekammer getragen.

Neben den oben genannten Projekten waren und sind verschiedene Landesärztekammern an Pilot- und Modellprojekten beteiligt, in deren Rahmen auch der Einsatz von elektronischen Arztausweisen bzw. elektronischen Heilberufsausweisen erprobt wurde.

- Bayerische Landesärztekammer, Projekt „HCP-Protokoll“, Dienstleister: Deutsche Post/Signtrust
- Ärztekammer Westfalen-Lippe, Projekt „CHIN“, Dienstleister: Deutsche Telekom
- Ärztekammer Nordrhein, Projekt „D2D“
- Sächsische Landesärztekammer, Projekt „SaxTelemed“, Dienstleister: Giesecke & Devrient GmbH
- Ärztekammer Baden-Württemberg, Projekt „PacBaWü“, Dienstleister: DGN-Service GmbH.

Diese Arbeiten waren auch eine wichtige Grundlage für die gesetzgeberischen Arbeiten zum § 291a SGB V. Fragen zur technischen und operationellen Schnittstelle zwischen elektronischer Gesundheitskarte und elektronischem Heilberufsausweis sind im Rahmen des bit4health-Projektes mitbehandelt worden (siehe auch Antwort auf Frage 21).

12. Wie sind die Arbeiten zur Entwicklung und Einführung des elektronischen Heilberufsausweises mit den Arbeiten zur Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zeitlich, inhaltlich, administrativ, technisch und finanziell verzahnt?

Die Arbeiten zur Entwicklung und Einführung des elektronischen Heilberufsausweises sind durch die gegenseitige Mitarbeit in den jeweiligen Projektgruppen eng miteinander verzahnt (siehe Antwort auf die Fragen 9 und 10). Insbesondere werden in diesen Gremien auch die technischen Anforderungen an die

Schnittstelle zwischen elektronischer Gesundheitskarte und elektronischem Heilberufsausweis abgestimmt.

13. Mit welchen Kosten für die Entwicklung und Einführung des elektronischen Heilberufsausweises rechnet die Bundesregierung?

Wie verteilen sich diese Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Heilmittelerbringer, Hilfsmittelerbringer, ambulante Pflegedienste) und die Krankenkassen?

Wer trägt diese Kosten in welcher Höhe und welchem Verhältnis?

Da die Ausgabe der elektronischen Heilberufsausweise nicht Aufgabe der Bundesregierung ist, hat sie auch keine Kostenschätzungen veranlasst oder Verteilungsschlüssel erarbeitet. Die Arbeiten zur Einführung eines elektronischen Heilberufsausweises sind von der Selbstverwaltung bereits vor der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in die Wege geleitet worden (siehe auch Antwort zu Frage 11).

14. Auf welche Weise will die Bundesregierung sicherstellen, dass pünktlich zum 1. Januar 2006 der gesamte Bestand an Krankenversichertenkarten gegen die neue elektronische Gesundheitskarte ausgetauscht ist?

Welche technischen und administrativen Vorarbeiten sind notwendig, um aktuelle Lichtbilder von 70 Millionen Versicherten einzuziehen, zu verarbeiten und auf die elektronische Gesundheitskarte aufzubringen?

Welcher konkrete Zeitplan mit welchen einzelnen Etappen ist hierfür vorgesehen?

Verlaufen die Arbeiten innerhalb dieses Zeitplans, oder ist mit Abweichungen zu rechnen?

Es ist Aufgabe der Krankenkassen, die Krankenversichertenkarte zu einer elektronischen Gesundheitskarte zu erweitern. Infolgedessen haben auch die Krankenkassen die technischen und administrativen Vorarbeiten zu leisten. Die Krankenkassen entwickeln derzeit Planungen. Diese sind jedoch noch nicht abgeschlossen.

15. Wie weit ist die Erarbeitung der Rahmenarchitektur der elektronischen Gesundheitskarte gediehen?

Welcher technische Lösungsansatz für die Datenspeicherung und -nutzung wird dabei bevorzugt?

Welche Gründe sprechen für diesen Lösungsansatz, welche dagegen?

Wann wird die Rahmenarchitektur der Öffentlichkeit vorgestellt?

Der Entwurf der Rahmenarchitektur liegt vor und wurde bereits der Öffentlichkeit auf der für die Gesundheitskarte eingerichteten Informationsplattform des DIMDI unter www.dimdi.de veröffentlicht. Der technische Lösungsansatz sieht Speicherungen auf der Gesundheitskarte sowie Speicherungen auf Servern vor. Der konkrete Lösungsansatz muss sich an den jeweiligen Anwendungen orientieren, wobei insbesondere Kriterien wie sichere Verfügbarkeit und Speicherkapazität eine Rolle spielen.

16. Wie weit ist die Auswahl der Testregionen für die Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gediehen?

Wie viele Testregionen wird die Bundesregierung auswählen?

Welche Kriterien sind für die Auswahl maßgeblich?

Welche Rolle spielen dabei regionale Aspekte, Besonderheiten der Versorgungsstrukturen, Besonderheiten der Bevölkerungsstruktur sowie das Verhältnis von Ballungsräumen und weniger dicht besiedelten Regionen?

Eine Anfrage der Bundesregierung bei den Ländern hat ergeben, dass 12 Länder Interesse an der Teilnahme der Testphase haben. Nach Auffassung der Bundesregierung sollten alle Länder an der Testphase teilnehmen können, die die zentralen Testkriterien erfüllen. Hierzu gehören insbesondere die exakte Umsetzung der Rahmenarchitektur, der Einsatz der konsentierten Spezifikationen der elektronischen Heilberufsausweise und der elektronischen Gesundheitskarte, die Orientierung an einem konsentierten Masterplan, die Bereitschaft, an Testregionen übergreifenden Interoperabilitätstests teilzunehmen, die Mitarbeit bei der wissenschaftlichen Begleitung und die Benennung eines hauptverantwortlichen Projektleiters.

17. Wann beginnt die Testphase, über welchen Zeitraum wird sie sich erstrecken, wie viele Versicherte sollen während der Testphase die elektronische Gesundheitskarte erhalten und wann sollen erste Erkenntnisse in die weiteren Arbeiten zur Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte einfließen?

Bei der Testphase sind die Vorbereitungsphase, zentrale Vortests und Feldtests zu unterscheiden (siehe Antwort auf Frage 1). Es ist beabsichtigt, dass die Erkenntnisse der einzelnen Phasen in die jeweils anschließende Phase einbezogen werden, wie dies bei technischen Projekten üblich ist.

18. Welche Kosten veranschlagt die Bundesregierung für die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Testphase?

Wie verteilen sich diese Kosten auf die einzelnen Testregionen sowie auf einzelne Leistungsbereiche?

Wer trägt diese Kosten?

Eine detaillierte Kalkulation der Kosten der Testphase ist auf den Internetseiten des DIMDI unter www.dimdi.de veröffentlicht. Die Bundesregierung führt mit den Ländern und der Selbstverwaltung Gespräche über die Organisation der Testphase. Neben der Bundesregierung, die durch die Einbringung der Arbeiten von bit4health einen Beitrag zur Finanzierung der Testphase übernimmt, haben auch Länder einen Finanzierungsbeitrag angekündigt.

19. Welche Behörden, Institutionen, Körperschaften, Kammern und privatwirtschaftliche Unternehmen sind in die Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte auf welche Weise und zu welchen Zwecken eingebunden?

Neben den zuständigen Ressorts und ihren betroffenen nachgeordneten Behörden sind insbesondere die Länder, die nach § 291a Abs. 7 SGB V Beteiligten, der Verband privater Krankenversicherungen, Industrieverbände sowie Wissenschaftler und Patientenorganisationen einbezogen. Die Einbindung erfolgt durch regelmäßige Jour Fixe, durch Workshops sowie auch durch bilaterale Besprechungen. Darüber hinaus werden alle Ergebnisse des Projektes bit4health auf

dem DIMDI-Server unter www.dimdi.de veröffentlicht. Die enge Einbeziehung aller Betroffenen erfolgt insbesondere deshalb, um den betroffenen Kreisen sehr frühzeitig die Möglichkeit zu geben, ihre Anregungen in den Entwicklungsprozess einfließen zu lassen.

20. Erfordert die erfolgreiche, termingerechte und flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für 70 Millionen GKV-Versicherte zum 1. Januar 2006 nach Auffassung der Bundesregierung die europaweite Ausschreibung einer professionellen Projektorganisation durch die nach § 291a Abs. 7 SGB V Beteiligten?

Wenn nein, warum nicht?

Wenn ja, wie fügt sich eine solche europaweite Ausschreibung in den in der Antwort auf Frage 1 genannten Zeitplan ein?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte eine professionelle Projektorganisation durch die nach § 291a Abs. 7 SGB V Beteiligten erfolgen sollte. Es ist Aufgabe der Selbstverwaltung, die Entscheidung über die Projektorganisation zu treffen. Da gesetzliche Krankenkassen und ihre Verbände öffentliche Auftraggeber i. S. des § 98 Abs. 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) sind, muss die Selbstverwaltung ggf. das öffentliche Vergaberecht anwenden. Die Bundesregierung geht davon aus, dass auch dann, wenn diese Projektorganisation europaweit ausgeschrieben wird, der Zeitplan eingehalten werden kann. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass nach Kenntnis der Bundesregierung die Selbstverwaltung plant, zur Vermeidung von zeitlichen Verzögerungen zunächst eine vorläufige Projektorganisation zu organisieren.

21. Welche Aufträge für Beratungs- und Entwicklungsleistungen wurden durch die Bundesregierung und die nach § 291a Abs. 7 SGB V Beteiligten im Rahmen der Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte bisher an privatwirtschaftliche Unternehmen vergeben?

Wer waren die Auftragnehmer, was waren die jeweiligen Auftragsgegenstände, und wie hoch war das jeweilige Auftragsvolumen?

Aus welchen Titeln des Bundeshaushalts wurden die Aufträge in welcher Höhe finanziert?

Die Bundesregierung hat aufbauend auf einer Organisationsstudie von Roland Berger (Kostenvolumen: 44 000 Euro) im Jahre 2003 das Projekt bit4health mit Vorbereitungsaufgaben zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und zum Aufbau einer Telematikinfrastruktur beauftragt. Die IBM Deutschland GmbH führt das Konsortium, dem außerdem das Fraunhofer-Institut für Arbeitswissenschaften und Organisation (IAO) und die Firmen SAP Deutschland AG & Co. KG, InterComponentWare AG und ORGA Kartensysteme GmbH angehören. Das Auftragsvolumen beträgt für die gesamte Laufzeit von 2003 bis 2006 rd. 5,1 Mio. Euro (Kapitel 15 01 Titel 544 01). Die Auftragsvergabe erfolgte nach einer europaweiten Ausschreibung in Übereinstimmung mit dem Votum eines unabhängigen Beirats.

Hinsichtlich der nach § 291a Abs. 7 SGB V Beteiligten liegen der Bundesregierung folgende Auskünfte zu deren Aktivitäten vor:

Die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen haben im Juli 2003 zusammen mit der KBV, der DKG, der BÄK und dem Verband der PKV einen Planungsauftrag zur Einführung des elektronischen Rezeptes, des elektronischen Arztbriefes, der elektronischen Patientenakte sowie der dazu notwendigen Telematikinfrastruktur nach einer europaweiten Ausschreibung vergeben. Auftrag war es, die künf-

tig notwendigen Schritte für den Aufbau einer entsprechenden Telematikplattform zur elektronischen Gesundheitskarte verbunden mit dem eRezept als prioritärer Anwendung aufzuzeigen, die Kosten hierfür abzuschätzen und entsprechende Umsetzungsempfehlungen zu erarbeiten.

Auftragnehmer war das Konsortium IBM Deutschland GmbH – IBM Business Consulting Services/ORGA Kartentechnik GmbH, Kiel. Mit der juristischen Beratung beim Vergabeverfahren wurde das Büro Linklaters Oppenhoff & Rädler, Berlin, betraut. Das Auftragsvolumen des Planungsprojektes beläuft sich insgesamt auf 444 976 Euro. Es wurde hälftig auf Kostenträger und Leistungserbringer aufgeteilt. Die Veröffentlichung der Ergebnisse des Planungsauftrages ist noch vor Ende März 2004 vorgesehen.

Diese Studie baute auf und erfolgte parallel zu den in der Antwort zu Frage 11 erwähnten Arbeiten der Ärzteschaft und ABDA zur HPC.

Darüber hinaus wurde im Jahre 2002 ein eRezept-Demonstrator vom Institut für betriebliche Datenverarbeitung e.V. an der Fachhochschule Düsseldorf im Auftrag der GKV-Spitzenverbände entwickelt. Die Kosten dafür in Höhe von 13 375 Euro wurden ebenfalls nach einem Verteilerschlüssel von den beauftragenden Verbänden übernommen.

Bereits im Jahre 2001 hat der VdAK eine Kosten-Nutzen-Analyse zu einer neuen Versicherungskarte und dem elektronischen Rezept vorgelegt. Auftragnehmer waren Debold & Lux, Beratungsgesellschaft für Informationssysteme und Organisation im Gesundheitswesen mbH, Hamburg sowie Secunet Security Networks AG, Essen. Das Auftragsvolumen belief sich auf 101 182 Euro (197 896 DM). Mit der Qualitätssicherung in diesem Projekt wurde das Ingenieurbüro Dr. Lender, Nürnberg beauftragt. Hierfür sind Kosten i. H. v. 13 226 Euro (25 868 DM) angefallen.

Die Aufwendungen der ABDA zur Erarbeitung von Konzepten der vertrauenswürdigen Kommunikationstechnik betragen mehr als 40 Mannjahre. Neben der Vorbereitung der Gesundheitskarte dienten sie den Bereichen

- intrasektorale Vernetzung (Apotheken untereinander)
- intersektorale Vernetzung ohne Einbindung des Patienten (Kommunikation im gesamten Gesundheitswesen unter den Vorgaben des Verfahrensänderungsgesetzes)
- intersektorale Vernetzung mit Einbindung des Patienten (gemäß den Anforderungen des § 291 SGB V).

In diesen Bereichen erfolgten Teilaufträge an

- das Fraunhofer-Institut SIT in Darmstadt
- die Unternehmensberatung Debold & Lux in Hamburg
- Siemens Austria in Wien
- MaK DATA SYSTEM in Kiel
- die Software AG in Darmstadt
- SCR in Wiesbaden und Bonn.

22. Welche privatwirtschaftlichen Unternehmen gehören dem Konsortium an, das mit der Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte beauftragt worden ist?

Welches Auftragsvolumen ist mit diesem Konsortium vereinbart worden und wie verteilen sich die Zahlungen auf die einzelnen Jahre der Vertragslaufzeit?

Dem Konsortium bit4health gehören an: IBM Deutschland, außerdem das Fraunhofer-Institut für Arbeitswissenschaften und Organisation (IAO) und die Firmen SAP Deutschland AG & Co. KG, InterComponentWare AG und ORGA Kartensysteme GmbH. Das Auftragsvolumen beträgt für die gesamte Laufzeit von 2003 bis 2006 rd. 5,1 Mio. Euro. Im Jahre 2003 wurden 1,2 Mio. Euro gezahlt, für 2004 sind 1,374 Mio. Euro, für 2005 1,274 Mio. Euro, für 2006 1,274 Mio. Euro vorgesehen.

23. Welche Gesamtkosten veranschlagt die Bundesregierung für Entwicklung, Einführung und Betrieb der elektronischen Gesundheitskarte?

Wie teilen sich diese Kosten auf die einzelnen Etappen des in der Antwort zu Frage 1 genannten Zeitplans und auf die einzelnen Haushaltsjahre auf?

24. Bei welchen einzelnen Titeln in welcher Höhe sind die Kosten im Bundeshaushalt bzw. in der Finanzplanung des Bundes berücksichtigt?

In der Aufgabenverteilung zwischen dem Bund und der Selbstverwaltung hat der Bund Aufgaben in der Konzeptionsphase übernommen. Im Bundeshaushalt sind bei Kapitel 15 01 Titel 544 01 speziell für die Arbeiten zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in den Jahren 2003 bis 2006 jährlich 1,5 Mio. Euro veranschlagt. Die Kosten von 5,1 Mio. Euro dargestellten Zeitplan insbesondere auf die Bereiche Erstellung der Rahmenarchitektur, Konzeption der Sicherheitsinfrastruktur, Projektmanagement, Qualitätssicherung, Wissenschaftliche Begleitung der Testphase, Akzeptanzbildung und Begleitung der ersten Zeit der Rolloutbetriebsphase. Die weiteren Mittel werden insbesondere für die Einbeziehung von weiteren Fachexperten, spezielle Expertisen und wissenschaftliche sowie akzeptanzbildende Maßnahmen verwendet. Die gesamte Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wird je nach Ausgestaltung Investitionen von voraussichtlich 0,7 bis 1,4 Mrd. Euro erfordern, die überwiegend in den Jahren 2005 und 2006 anfallen werden. Hinsichtlich der Finanzierung und Kostenverteilung sind jedoch auch alternative Konzepte vorstellbar. So könnten z. B. private Anbieter die Infrastruktur aufbauen, den Datenfluss sichern und die Kartenerstellung übernehmen. Ihre Investitions- und Betriebskosten könnten sie dann z. B. über eine transaktionsabhängige Gebühr aus ersparten Aufwendungen refinanzieren. So würden die Systembeteiligten von der Vorfinanzierung entlastet werden.

25. Mit welchen jährlichen Einsparungen durch den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte rechnet die Bundesregierung?

Werden diese Einspareffekte schrittweise oder von Beginn der Nutzung an erzielt?

Wie verteilen sich die Einspareffekte auf die einzelnen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte (Missbrauchsbekämpfung, Verwaltungsvereinfachungen, Vermeidung von Über- und Fehlversorgungen)?

29. Wie verteilen sich die Einsparungen durch die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte auf Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenhäuser, Reha-

bilitationseinrichtungen, Heilmittelerbringer, Hilfsmittelerbringer, ambulante Pflegedienste und Krankenkassen?

Auf welche Daten, Studien, Gutachten und Analysen stützt die Bundesregierung ihre Einschätzung der Nutzenverteilung?

30. Wie verteilen sich Investitions- und Betriebskosten für Entwicklung, Einführung und Betrieb der elektronischen Gesundheitskarte einerseits und Einspareffekte andererseits auf die verschiedenen Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Heilmittelerbringer, Hilfsmittelerbringer, ambulante Pflegedienste) sowie die Krankenkassen?

In welchem Verhältnis stehen Investitions- und Betriebskosten einerseits und erwartete Einsparungen andererseits bei den einzelnen Gruppen von Leistungserbringern und den Krankenkassen?

Die Fragen 25, 29 und 30 werden zusammen beantwortet.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass durch die elektronische Gesundheitskarte Einsparungen in Höhe von mindestens 1 Mrd. Euro erreicht werden können. Diese ergeben sich insbesondere durch Erleichterungen bei der administrativen Abwicklung der Rezepte, durch Verminderung behandlungsbedürftiger Wechsel- und Nebenwirkungen von Arzneimitteln, durch die Verringerung von Doppelbehandlungen, die schnellere Verfügbarkeit von Notfall- und sonstigen Behandlungsdaten und durch die Verringerung von Missbrauch. Das genaue und das über den unmittelbaren Karteneinsatz hinausgehende Einsparpotential, das sich aus der mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte verbundenen Standardisierung ergibt, ist derzeit nicht bezifferbar. Die Einspareffekte werden schrittweise entsprechend der Einführung der jeweiligen Anwendung erreicht werden.

Die Kostenschätzung basiert in erster Linie auf den Daten und Analysen der in der Antwort auf Frage 26 genannten Gutachten und Studien, soweit diese detaillierte Kostenaussagen enthalten. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass dabei teilweise auch die privat Versicherten einbezogen sind.

Nach Angaben der Gutachten betragen die Betriebskosten unter Berücksichtigung der jeweils zugrunde gelegten Ausgangsfunktionalität im ersten Jahr zwischen 75 Mio. Euro und 147 Mio. Euro.

Detaillierte Aussagen zu Kosten-Nutzenverteilungen im Hinblick auf die unterschiedlichen Anwendungen und die unterschiedlichen Beteiligten sind erst möglich, wenn die Entscheidungen über die detaillierte fachliche und technische Ausgestaltung des Systems sowie zu möglichen Finanzierungs- bzw. Betreiber-systemen getroffen wurden und dazu Ergebnisse der Testphase vorliegen.

26. Auf welche Daten, Studien, Gutachten und Analysen stützt die Bundesregierung ihre Kosten- und Nutzenschätzungen?

Bei den Kosten- und Nutzenschätzungen für die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wurden folgende Gutachten und Studien berücksichtigt:

1. Planungsauftrag eRezept, eArztbrief, ePatientenakte und Telematikinfrastruktur, Abschlussdokumentation (Stand: Februar 2004) des Konsortiums IBM Deutschland GmbH/ORGA Kartensysteme GmbH im Auftrag der Spitzenverbände der Selbstverwaltung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherungen.
2. Einführung einer Telematik-Architektur im deutschen Gesundheitswesen, Telematik – Expertise, Juni 2003. Bundesverband Informationswirtschaft,

Telekommunikation und Neue Medien e. V. (BITKOM), Verband Deutscher Arztpraxis-Softwarehersteller e. V. (VDAP), Verband der Hersteller von IT-Lösungen für das Gesundheitswesen e. V. (VHitG), Zentralverband Elektrotechnik- und Elektroindustrie e. V. (ZVEI).

3. Telemedizin und eHealth in Deutschland: Materialien und Empfehlungen für eine nationale Telematikplattform, 2002. Warda F., Noelle G.
4. Kommunikationsplattform im Gesundheitswesen – Kosten-Nutzen-Analyse Neue Versichertenkarte und Elektronisches Rezept, 2001. Debold & Lux, Beratungs-Gesellschaft für Informationssysteme und Organisation im Gesundheitswesen mbH und Secunet Security Networks AG im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. VdAK und der Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände ABDA.
5. Telematik im Gesundheitswesen – Perspektiven der Telemedizin in Deutschland, München 1998. Roland Berger & Partner GmbH – International Management Consultants für das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie und das Bundesministerium für Gesundheit.

27. Mussten seit der Einbringung des GKV-Modernisierungsgesetzes in den Deutschen Bundestag Korrekturen am Kostenrahmen für Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vorgenommen werden?

Wenn ja, welche, aus welchem Anlass und mit welchem Ergebnis?

Für die Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gibt es keinen verbindlichen Kostenrahmen. Demgemäß wurden auch keine Korrekturen vorgenommen. Im GMG wurden die rechtlichen Regelungen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte so gestaltet, dass den Systembeteiligten ein Gestaltungsspielraum für die Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte verbleibt. Die Karte kann zukunfts offen als Werkzeug für viele – auch noch aufzubauende – Anwendungen genutzt werden. Die tatsächlichen Kosten hängen sehr stark davon ab, wie die Hard- und Softwaresysteme im Einzelnen ausgestaltet werden. Hinsichtlich der Karten ist dabei insbesondere die Speichergröße von Bedeutung. Darüber hinaus ist von Bedeutung, wie die einzelnen Anwendungen konkret ausgestaltet werden. Dabei spielt auch eine Rolle, in welchem Umfang für die einzelnen Dienste Netzwerkstrukturen etabliert werden. Wenn mehr Anwendungen bereits in der Einführungsphase von der Selbstverwaltung realisiert werden, steigen auch die hierfür aufzuwendenden Investitionen. Diesen höheren Investitionen steht dann allerdings auch ein von Beginn an höherer Mehrwert gegenüber.

28. Auf welche Kostenträger verteilen sich die Gesamtkosten für Entwicklung, Einführung und Betrieb der elektronischen Gesundheitskarte?

In welchem Umfang und Verhältnis werden Steuermittel und Beitragsmittel verwendet?

Welchen Kostenanteil tragen die Leistungserbringer, welchen die Krankenkassen?

Die Entwicklung, Einführung und der Betrieb der elektronischen Gesundheitskarte ist Aufgabe der Krankenkassen, die hierfür in Zusammenarbeit mit den in § 291a Abs. 7 SGB V genannten Beteiligten eine Infrastruktur aufzubauen haben. Es gehört mit zu den Aufgaben der Selbstverwaltung, die Verteilung der Kosten innerhalb der Selbstverwaltung festzulegen. Aus Steuermitteln stehen für das Projekt – neben den Personal- und Sachmitteln für die Beschäftigten des

BMGS in der Projektgruppe Telematik-Gesundheitskarte – in den Jahren 2003 bis 2006 sechs Mio. Euro zur Verfügung.

31. Welche Vorkehrungen hat die Bundesregierung getroffen, um einen sachgerechten Ausgleich der Kosten und Einsparungen, die durch Entwicklung, Einführung und Betrieb der elektronischen Gesundheitskarte entstehen, zwischen den verschiedenen Gruppen von Leistungserbringern sowie den Krankenkassen sicherzustellen?

Es ist grundsätzlich Angelegenheit der Vertragspartner der Selbstverwaltung, die Kosten und Einsparungen, die durch Entwicklung, Einführung und Betrieb der elektronischen Gesundheitskarte entstehen, auszugleichen. Hierzu können z. B. Ausgleichsmechanismen über die vertragsärztliche Vergütung entwickelt werden.

32. Wie werden datenschutzrechtliche Aspekte bei der Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte berücksichtigt?

Auf welche Weise und zu welchen konkreten Entwicklungs- und Einführungsschritten werden der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Datenschutzbeauftragten der Länder in die Arbeiten einbezogen?

Datenschutzrechtliche Aspekte haben bereits bei der Erarbeitung der Regelungen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte im SGB V einen hohen Stellenwert gehabt. Deshalb erfolgte die Konzipierung der Regelungen in enger Abstimmung mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz ist auch in die weiteren Verfahrensschritte zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte eng eingebunden. Die Einbeziehung der Landesbeauftragten für den Datenschutz erfolgt über den Bundesbeauftragten für den Datenschutz.

33. Wie werden Verbraucherschutzorganisationen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen in die Arbeiten zur Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte einbezogen?

Verbraucherschutzorganisationen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen wurden bisher umfangreich in die konzeptionellen Arbeiten zur Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte einbezogen. Das BMGS hat das Konzept der Gesundheitskarte bereits mehrfach auf Kongressen, Workshops und Informationsveranstaltungen der genannten Organisationen dargestellt und mit den Betroffenen deren Anliegen erörtert. Um einen kontinuierlichen Informationsaustausch zu gewährleisten, wurde mit den genannten Organisationen ein Jour Fixe vereinbart. Darüber hinaus wurde im Februar mit den genannten Organisationen ein Workshop durchgeführt, bei dem sehr detailliert das Projekt dargestellt und die von den Organisationen eingebrachten Anliegen eingehend erörtert wurden. Bei den Veranstaltungen wurde vereinbart, den Dialog fortzusetzen. Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten ist einbezogen.

34. Mit welcher Sicherheitsarchitektur wird die Sicherheit der persönlichen und medizinischen Daten des Versicherten vor unbefugten Zugriffen Dritter gewährleistet?

Die Sicherheit der persönlichen und medizinischen Daten der Versicherten vor unbefugten Zugriffen Dritter hat einen zentralen Stellenwert im Gesamtprojekt. Zum Schutz der Daten der Patienten wurden in Abstimmung mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz eine Reihe von Regelungen in das SGB V aufgenommen. Von grundlegender Bedeutung hierbei ist, dass das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von medizinischen Daten mittels der elektronischen Gesundheitskarte nur mit dem Einverständnis der Versicherten und nach vorheriger Information der Versicherten zulässig ist. Darüber hinaus ist durch technische Vorkehrungen zu gewährleisten, dass der Zugriff nur durch Autorisierung der Versicherten möglich ist. Mit Ausnahme der administrativen Daten und in Einzelfällen beim elektronischen Rezept darf der Zugriff auf medizinische Daten nur in Verbindung mit einem elektronischen Berufsausweis erfolgen. Um die mittels der Gesundheitskarte erfolgten Zugriffe kontrollieren zu können, sehen die gesetzlichen Regelungen vor, dass die letzten 50 Zugriffe jeweils protokolliert werden müssen. Darüber hinaus regelt das Gesetz sehr detailliert, für welche Zwecke und von wem die Gesundheitskarte genutzt werden darf und welche Verwendungen verboten sind. Um einen Missbrauch von Daten der Gesundheitskarte ahnden zu können, wurden im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes sowohl Bußgeldvorschriften eingeführt als auch entsprechende Straftatbestände vorgesehen. Die konzipierte Sicherheitsarchitektur entspricht dem Stand der Technik und erfüllt die Anforderungen an eine vertrauenswürdige Kommunikations- und Informationsinfrastruktur. In diese Arbeiten wurden das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der Bundesbeauftragte für den Datenschutz eng eingebunden. Dies wird auch im weiteren Verfahren fortgesetzt.

35. Wie wird die Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zeitlich, inhaltlich, administrativ, technisch und finanziell verzahnt?

Welche Kosten entstehen jeweils durch die doppelte Erweiterung der bestehenden Chipkarten zur europäischen Krankenversicherungskarte und zur elektronischen Gesundheitskarte?

Die neue deutsche Gesundheitskarte trägt auf der Rückseite die europäische Krankenversicherungskarte, deren Einführung im Frühjahr 2003 auf dem Gipfel von Barcelona beschlossen wurde. Sie erleichtert, vereinheitlicht und entbürokratisiert für alle Bürger Europas die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Ausland. Sie enthält in ihrer ersten Phase als Sichtausweis die europäisch benötigten Verwaltungsdaten, die auf dem Chip der Vorderseite für die Verwendung in Deutschland gespeichert und online überprüfbar sind (bei Verfügbarkeit von Lesegeräten kann auf diese Daten auch im Ausland zugegriffen werden, zum Beispiel auf die Angaben des europäischen Notfalldatensatzes). Für die Verknüpfung der Daten von Vorder- und Rückseite werden zurzeit verschiedene technische Lösungen überprüft. Erst in einer späteren Phase wird generell die elektronische Speicherung auch europäisch verbindlich sein.

Für die europäischen Krankenversicherungskarte, die generell zum 1. Juni 2004 vorgesehen ist, konnte für Deutschland eine gleitende Einführung vereinbart werden, sodass diese sukzessive in der Testphase und im anschließenden „Roll-out“ erfolgen kann. Zusätzliche Einführungskosten neben den bereits für die elektronische Gesundheitskarte genannten konnten dadurch vermieden werden.

36. Welche Anstrengungen hat die Bundesregierung bislang unternommen, um den Entschlüssen des Bundesrates vom 26. September 2003 (Bundesratsdrucksache 482/03 (Beschluss)) sowie des Bundestagsausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 10. Dezember 2003 (Ausschussdrucksache 15 (13) 0411) entsprechend Missbrauchsmöglichkeiten und finanzielle Mehrbelastungen des deutschen Krankenversicherungssystems durch die Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte zu vermeiden?

Welche Ergebnisse hat die Bundesregierung dabei erzielen können?

Missbrauchsmöglichkeiten der europäischen Krankenversicherungskarte bestehen nicht erst seit ihrer Schaffung; diese bestanden bereits bisher, d. h. bei Verwendung des bisherigen, nicht so fälschungssicheren Auslandskrankenscheins (Vordruck E 111).

Im Übrigen sollen bei Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte potentielle Missbrauchsmöglichkeiten wie folgt beschränkt werden:

- Die deutsche elektronische Gesundheitskarte wird erstmals ein Photo des Versicherten enthalten. Dadurch wird die Möglichkeit der unbefugten Weitergabe dieser Karte an nicht berechtigte Personen erheblich eingeschränkt. Zugleich wird dadurch im Vergleich zum bisherigen Auslandskrankenschein die Fälschungssicherheit erheblich erhöht.
- Bei Inanspruchnahme medizinischer Leistungen mittels der europäischen Krankenversicherungskarte durch ausländische Besucher in Deutschland soll grundsätzlich eine gesonderte Identitätsprüfung erfolgen (Vorlage von Pass oder Personalausweis). Damit wird verhindert, dass Unbefugte mit Hilfe der Karte medizinische Leistungen in Deutschland in Anspruch nehmen. Eine entsprechende Regelung soll in Form einer Vereinbarung als Bestandteil des Bundesmantelvertrages bzw. des Arzt-/Ersatzkassenvertrages zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einerseits und den Spitzenverbänden der Krankenkassen andererseits erfolgen.
- Außerdem sollen die deutschen Leistungserbringer in einer Erklärung die beabsichtigte Aufenthaltsdauer des im Ausland versicherten Patienten festhalten und von diesem sich bestätigen lassen, dass er nicht zum Zweck der medizinischen Behandlung in Deutschland eingereist ist.

