

2. Kapitel: Medizinische, technische, wirtschaftliche und rechtliche Grundlagen

A. Die elektronische Patientenakte (EPA)

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakten (eEPAn). Diese sind trotz mancher Gemeinsamkeiten von institutionellen elektronischen Patientenakten (iEPAn) zu unterscheiden.⁴⁶

Hinsichtlich beider Aktenarten konzentriert sich die vorliegende Abgrenzung auf die elektronische Variante. Denn elektronische Datenverarbeitung ist heute in der medizinischen Dokumentation zum Standard geworden und sie wird dies zunehmend auch im Bereich der medizinischen Kommunikation.⁴⁷

Grundlegende Probleme der Zulässigkeit entsprechender Akten stellen sich in einfach-rechtlicher Hinsicht zwar weitgehend unabhängig von der Form der Datenverarbeitung. So gilt das allgemeine Datenschutzrecht selbst bei nicht-öffentlichen Stellen (§ 1 Abs. 2 Nr. 3 BDSG) nicht nur für den elektronischen Umgang mit personenbezogenen Daten, also beim Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen (§ 3 Abs. 2 S. 1 BDSG). Ebenfalls erfasst wird der Umgang mit diesen Daten in oder aus sogenannten „nicht automatisierten Dateien“, worunter Sammlungen jeder Art verstanden werden, sofern diese nur hinreichend strukturiert sind (§ 3 Abs. 2 S. 2 BDSG).⁴⁸ Zu diesen strukturierten Sammlungen zählen regelmäßig auch die angesprochenen Akten in Papierform.⁴⁹ Bei öffentlichen Stellen ist die grundlegende Anwendbarkeit des Datenschutzrechts ohnehin unabhängig von der Form der Verarbeitung gegeben (vgl. § 1 Abs. 2 Nr. 1, 2 BDSG, §§ 67 ff. SGB X).⁵⁰

Im Hinblick auf die Datensicherheit unterscheiden sich elektronische und herkömmliche Form der Aktenführung allerdings erheblich, was Auswirkungen auf die Zulässigkeit nach höherrangigem Recht haben kann. Während bezüglich der Verwaltung und Verteilung von Informationen in der unmittelbar wahrnehmbaren Papiervariante meist eine intuitive Vorstellung von Sicherheit besteht, ist dies bei der elektronischen Verarbeitung und insbesondere Vernetzung oft nicht der Fall.⁵¹ Vor allem bei einrichtungsübergreifender elektronischer Kommunikation und zentraler Speicherung auf Servern konnte ein solches Verständnis noch nicht über längere Zeit wachsen. Ganz abgesehen von der Zeit, die seit der entsprechenden

⁴⁶ Zur Unterscheidung von persönlichen elektronischen Gesundheitsakten (EGAn) s. sogleich S. 14 ff.

⁴⁷ Haas, Gesundheitstelematik, Abschnitt 1, S. 1 ff.

⁴⁸ Gola/Schomerus, BDSG, § 1 Rdnr. 20, 22 f., § 3 Rdnr. 15 ff.

⁴⁹ Vgl. Schlund, in: Laufs/Kern (Hg.), Handbuch des Arztrechts, § 72 Rdnr. 15 ff. Die strafrechtlich durch § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB sanktionierte ärztliche Schweigepflicht differenziert ohnehin nicht nach materiellem (Daten-)träger und Struktur der Patientengeheimnisse, Schlund, a.a.O., § 66 Rdnr. 1 ff.

⁵⁰ Auch die Landesdatenschutzgesetze verzichten im Allgemeinen auf das Automatisierungserfordernis.

⁵¹ Vgl. gematik, Whitepaper Sicherheit, S. 4 f., wo auch bzgl. lokaler Rechner noch von einem intuitiven Sicherheitsverständnis ausgegangen wird. Dort ist es zwar besser ausgeprägt als in einem vernetzten Rechnerverbund, jedoch nach der hier vertretenen Auffassung immer noch geringer als bei Papierdokumenten.

Innovation vergangen ist, existieren hier aber auch grundsätzliche Herausforderungen. So sind Daten in elektronischer Form im Gegensatz zu Papierdokumenten nicht direkt wahrnehmbar, dafür aber einfach zu übertragen und automatisiert auszuwerten.⁵²

Der Einsatz von EDV führt hier zu Risiken, die auf der Komplexität, Unübersichtlichkeit und Mächtigkeit dieser Technik beruhen. Es ist nicht offensichtlich und mithin nicht einfach zu steuern, wer bei elektronischer und verteilter Verarbeitung auf welche Daten zugreifen kann.⁵³

Es ergeben sich aber auch Chancen durch Automatisierung, Effizienzsteigerungen bei der Verarbeitung und die erleichterte Verteilung von Daten. Dies gilt zunächst in Bezug auf den eigentlichen, funktionalen Nutzen für medizinische Dokumentation und Kommunikation, also die zeitnahe und einfache Verfügbarkeit gesundheitlich relevanter Informationen. Gerade die einrichtungsübergreifende Dokumentation ist in großem Maßstab ohne elektronische Hilfe kaum konsistent und praktikabel zu bewerkstelligen. Bei direkter Kommunikation zwischen allen beteiligten Leistungserbringern⁵⁴ müsste eine Vielzahl von einzelnen Kommunikationsbeziehungen aufwändig etabliert werden.⁵⁵ Eine zentrale Stelle würde die Anzahl der Kommunikationsbeziehungen zwar insgesamt reduzieren, wäre aber bei manueller Bearbeitung in der Regel doch überfordert, wenn sie Anfragen zu sehr vielen Patienten bearbeiten müsste. Zwar kann die Patientenakte eines Hausarztes in gewissem Maß als solche zentrale Dokumentation angesehen werden, wenn dort, wie üblich, auch die Berichte von Fachärzten und Krankenhäusern gesammelt werden.⁵⁶ Doch gilt dies nur eingeschränkt, denn in der Hausarzt-Akte befinden sich in der Regel nur zusammenfassende Berichte, nicht aber die volle (Befund-)

⁵² Zu den spezifischen Problemen digitaler Informationsverarbeitung: *Engels*, Technische und organisatorische Anforderungen an sichere EPA-Systeme, S. 3 f.; *Hermeler*, Rechtliche Rahmenbedingungen der Telemedizin, S. 14 ff., 17, 19. Zu den mehr psychologischen Problemen dieses „Wahrnehmungsverlustes“ im Arzt-Patienten-Verhältnis: *Haas*, Gesundheitstelematik, Abschnitt 3.7, S. 239 f.

⁵³ Der IT-Einsatz bietet zwar auch Chancen in Bezug auf Sicherheit. So ist z.B. eine Verschlüsselung zum Schutz der Vertraulichkeit effizient realisierbar, was bei einer Vielzahl von Papierdokumenten kaum möglich wäre. Dadurch werden aber im Wesentlichen nur die durch die elektronische Erfassung u. Vernetzung entstandenen Zusatzrisiken reduziert. So lassen sich bspw. Probleme der Zulässigkeit des Outsourcings von Patientendaten entschärfen, sofern der Outsourcingnehmer/Auftragsdatenverarbeiter den Schlüssel nicht erhält (*Jandt/Roßnagel/Wilke*, NZS 2011, 641, 645). Bei einer eEPA geht es aber gerade um die Verteilung von – letztlich lesbaren, also entschlüsselbaren – Daten, so dass Verschlüsselung insoweit nur eine Lösung für die Sicherheit bei der Zwischenspeicherung, nicht aber für Zulässigkeitsfragen bietet.

⁵⁴ Sog. adressierte Kommunikation, s.a. unten S. 22 f. Bei dieser wäre es insbes. für neu in die Behandlung einsteigende Leistungserbringer schwierig, sich einen Überblick zu verschaffen, da sie Daten unter Umständen bei vielen Vorbehandlern nacherfassen müssten.

⁵⁵ Zur kombinatorischen Explosion der Kommunikationsbeziehungen: *Haas*, Gesundheitstelematik, S. 103 ff., 486. Bei einer Anzahl von n Behandlern existieren unter Berücksichtigung der Kommunikationsrichtung (Unterscheidung, ob jemand als Sender oder Empfänger auftritt) $n * (n-1)$ Zweier-Beziehungen, ohne Beachtung der Richtung immer noch $n/2 * (n-1)$ Beziehungen, wenn jeder mit jedem kommunizieren würde (vollvermaschtes Netz; s. auch *Obermann/Horneffer*, Datennetztechnologien für Next Generation Networks, S. 7 ff.). Nimmt man z.B. einen Hausarzt, zwei Fachärzte und eine Klinik ($n=4$), so lägen schon $4*3=12$ gerichtete Kommunikationsbeziehungen vor; bei 6 Behandlern würden schon 30 solche Beziehungen vorliegen.

⁵⁶ Wobei auch für die Befundübermittlung an und durch den Hausarzt nach geltendem Recht eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist; s.o. S. 5, Fn. 23, u. unten S. 192, Fn. 982.

Dokumentation anderer Behandler.⁵⁷ Zudem ist hier die Verfügbarkeit in aller Regel nur während der Öffnungszeiten der Praxis gewährleistet.⁵⁸ Auch könnte eine Vielzahl von Anfragen die durchschnittliche Hausarzt-Praxis überlasten, da diese trotz ihrer Koordinierungs- bzw. „Gatekeeper“-Funktion nicht primär eine Einrichtung zur Dokumentation und Kommunikation, sondern der Behandlung ist.⁵⁹

Der Patient selbst ist zwar die Person, welche praktisch immer anwesend ist, wenn medizinische Daten anfallen und dokumentiert werden.⁶⁰ Doch erfassen die Dokumente, welche der Patient häufig selbst mit sich führt, wie zum Beispiel Impfausweis (§ 22 IfSG) oder Mutterpass,⁶¹ in der Regel nur Teilaspekte von dessen Gesundheit, die auch zusammen genommen kein vollständiges Bild vermitteln. Auch die Überlassung einer umfassenden Papierdokumentation an den Patienten würde keineswegs zwingend zu einer merklichen Verbesserung der einrichtungsübergreifenden Kommunikation führen. Denn der Patient ist regelmäßig medizinischer Laie, der ohne Hilfe Probleme mit der Strukturierung und Selektion der jeweils relevanten Daten hat. Gerade bei chronisch Kranken kann die Papierakte zudem einen Umfang annehmen, der schon rein physisch den Transport erschwert und eine für Laien schwierige Vorselektion angezeigt erscheinen lässt. Ohne elektronische Unterstützung ist auch während eines Arzt-Patienten-Kontaktes die Zeit oft zu knapp, um ganze Aktenordner durchzusehen.

Nicht ohne Grund gibt es praktisch keine umfassenderen Projekte der einrichtungsübergreifenden, patientenindividuellen Dokumentation in Papierform. Diese Art der Dokumentation erlangte erst durch elektronische Akten größere Bedeutung. Daher wird bei vielen Projekten der integrierten Gesundheitsversorgung⁶² zunehmend eine gemeinsame, elektronische Dokumentation gefordert und eingeführt.⁶³

⁵⁷ Eine möglichst ausführliche Dokumentation ist im Grundsatz wünschenswert, selbst wenn diese auf den ersten Blick die Übersicht und die Trennung des Wichtigen vom Unwichtigen erschwert. Denn was wichtig ist, lässt sich teils erst im Nachhinein feststellen, wenn neue Symptome bekannt werden. Hier sind dann ([halb-] automatische/elektronische) Selektionsmechanismen zur Priorisierung der verfügbaren Daten nach Relevanz hilfreich; s.a. oben S. 13, Fn. 57. Demgegenüber würde es einen Zusatzaufwand darstellen, die ausführlichen Befunde extra anzufordern, und in medizinisch dringlichen Fällen könnte dies auch zu gesundheitlichen Nachteilen führen.

⁵⁸ Was selbst bei elektronischer Vernetzung dieser dezentralen Systeme zu Problemen führt: *Bultmann u.a.*, Datenschutz und Telemedizin, Abschnitt V.4.(2), S. 22.

⁵⁹ Zwei Gutachten zum eEPA-Modellvorhaben EPA.nrw empfahlen zwar auch hierfür einen hauptverantwortlichen Arzt, der für die gesamte Koordination der Kommunikation u. darüber hinaus für die inhaltliche Gesamtstimmigkeit der Akte verantwortlich sein soll. Dagegen wurden jedoch Stimmen laut, die vor einer Überforderung dieses Aktenmoderators warnten, vgl. *ZTG*, Aktenmoderator oder Datentreuhänder als flankierende Konzepte zur eEPA?, 28.08.2008. S.a. unten S. 238, Fn. 1187 f., u. *Dierks/Püschel*, Rechtliche Rahmenbedingungen der elektronischen Gesundheitskarte, in: *Duttge/Dochow* (Hg.), Gute Karten für die Zukunft, S. 34. S.a. unten S. 238.

⁶⁰ Außer wenn der Patient bei der Befundauswertung die Behandlungseinrichtung schon verlassen hat und noch nicht wieder einbestellt wurde.

⁶¹ Neben diesen Dokumenten, die zwar vom Patienten mit sich geführt werden, in welche aber die Leistungserbringer Eintragungen vornehmen, kommen bspw. auch Schmerztagebücher in Betracht, welche auch vom Patienten selbst ausgefüllt werden.

⁶² Hier ist nicht nur die integrierte Versorgung aufgrund von Verträgen nach §§ 140a ff. SGB V gemeint, sondern allgemein die verschiedenen Einrichtungen, insbes. auch Leistungssektoren oder Fachdisziplinen übergrei-

I. Patientenakten und Gesundheitsakten

Die primäre Nutzergruppe von Patientenakten sind die Leistungserbringer im Gesundheitswesen, insbesondere Ärzte. Die Leistungserbringer führen diese Akten, das heißt sie nehmen Eintragungen vor und rufen von ihnen (bei einrichtungsübergreifender Dokumentation auch von anderen) eingetragene Daten wieder ab.

Die Patientenakte ist auf Leistungserbringer und ihre Bedürfnisse ausgerichtet. Es handelt sich um eine Dokumentation über Patienten, aber für Heilberufler und die Behandlung durch diese. Sie ist in deren Fachsprache gehalten. Die Datenstrukturen orientieren sich an den Denkweisen der behandelnden Professionen und nicht am Horizont eines medizinischen Laien.⁶⁴ Nutzer der Patientenakte sind die Leistungserbringer, wenn auch die Patienten mitteilbar Nutznießer sein sollen.

Der Betroffene, dessen Gesundheitszustand dokumentiert wird, tritt ihnen in seiner Rolle als Patient entgegen. Er ist insoweit faktisch zunächst mehr Objekt der Dokumentation, als dass er selbstbestimmtes Subjekt wäre.⁶⁵ Die Leistungserbringer verfügen damit über die „Datenhoheit“, sie sind gewissermaßen „Besitzer“, „Eigentümer“ oder „Inhaber“ der Dokumentation.⁶⁶ Primär der jeweils verantwortliche Leistungserbringer bestimmt, was in die Patientenakte eingetragen wird und wer Zugriff darauf erhält.

fende Versorgung, wozu u.a. auch die spezielle sozialrechtliche Versorgungsform der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) gehören kann.

⁶³ Bei Integrationsprojekten im engeren sozialrechtlichen Sinn fordert schon das Gesetz eine „gemeinsame Dokumentation“ (§ 140a Abs. 2 S. 2, § 140b Abs. 3 S. 3 SGB V), wie sie insbes. durch eine einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte gewährleistet werden kann (vgl. *Leiner u.a.*, Medizinische Dokumentation, S. 15 f., 88 f.). Allgemein soll die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern so bald und so umfassend wie möglich elektronisch erfolgen (§ 67 SGB V). Krankenkassen können den Versicherten persönliche elektronische Gesundheitsakten finanzieren (§ 68 SGB V). Auch in Gesetzesbegründungen finden sich zahlreiche Indizien für elektronische Anwendungen: BT-Drucks. 14/1245, S. 97 zu § 73b SGB V (Anforderungen an die EDV-Ausstattung); BT-Drucks. 15/1525, S. 130 zu § 140b SGB V (Datensicherungs- und Datenschutzsysteme). Der damalige Staatssekretär im BMG Schröder wird wie folgt zitiert: *o.V.*, Integrierte Versorgung ist ohne E-Card kaum möglich, *ÄZ*, 11.06.2007. Umfangreiche Vorgaben für den IT-Einsatz finden sich z.B. auch im Vertrag der AOK Baden-Württemberg über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (z.B. Anlage 10), abrufbar unter <http://www.hausaerzteverband.de/cms/Vertragsunterlagen.417.0.html>. Anfänglich zeichneten sich Integrationsprogramme demgegenüber noch durch eine eher geringe Integrationstiefe (Verzahnung unterschiedlicher Einrichtungen) und eine dementsprechend reduzierte gemeinsame Dokumentation aus, teils noch in Papierform oder auf gerichteter Kommunikation (s.u. S. 23 f.) basierend.

⁶⁴ Für das Verständnis von Laien sind bspw. ergänzende Erläuterungen oft wesentlich wichtiger als Detailinformationen.

⁶⁵ Das Datenschutzrecht versucht dieser Tendenz graduell entgegenzusteuern, indem es Patienten auch Rechte in Bezug auf ihre Patientenakte gibt und hier eine gewisse Mitbestimmung ermöglicht. Insofern, als rechtliche Zielsetzung, weniger als faktischer Ausgangspunkt, ist es nachvollziehbar, wenn die englische Fassung der Datenschutzrichtlinie 95/46/EG in Art. 2 Buchst. a für den Betroffenen (hier den Patienten) den Begriff „data subject“ prägt.

⁶⁶ Die Begriffe „Besitz“ u. „Eigentum“ passen unmittelbar nur für Sachen, also den Träger der Dokumentation, der bei einer einrichtungsbezogenen Patientenakte in Papierform anschaulich beim sie führenden Leistungserbringer liegt. Bei einer ePA liegen aber i.d.R. weder Eigentum noch Besitz beim verantwortlichen Leistungserbringer, da dieser lediglich Speicherplatz auf einem entfernten Server angemietet hat (zur Gebrauchsüberlassung ohne Besitzverschaffung beim Application Service Providing: BGH, Urt. v. 15.11.2006 – XII ZR 120/04, NJW 2007, 2394, Rdnr. 18 f.). Auch die Bezeichnung „Inhaber“ trifft eigentlich nur auf Forderungen oder sonstige Ansprüche zu, nicht jedoch auf die Erlaubnis, eine Patientenakte zu führen und darin Informationen zu ver-

Dies stellt den Hauptunterschied zu einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte (EGA) dar, wie sie nach § 68 SGB V von Krankenkassen finanziert werden darf.⁶⁷ In einer solchen EGA können die Patienten ihre Gesundheitsgeschichte dokumentieren, sei es, indem sie eigene Eintragungen zum Verlauf persönlicher Fitness oder Beschwerden sowie zu Arztbesuchen manuell vornehmen, sei es dadurch, dass aus anderen Quellen – wie insbesondere Patientenakten von Leistungserbringern, aber auch Abrechnungsdatenbanken der Krankenkassen oder persönlichen Geräten wie Laufcomputern – Daten automatisiert importiert werden. Zudem ist auch die Gewährung lesenden Zugriffs für Leistungserbringer denkbar. Daneben sind die Informationen in Akten dieses Typs eher laienverständlich aufbereitet.

Als primärer Nutzer und „Eigentümer“ eine EGA kann der Patient selbst gelten. Bei einer solchen Akte hat der betroffenen Patient bzw. Versicherte vor allem die direkte Datenhoheit und kann ohne Vermittlung durch einen Leistungserbringer Einsicht nehmen oder Zugriffsrechte setzen.⁶⁸ Da eine EGA also per Definition durch den Patienten vollständig selbstbestimmt geführt wird, stellt sich bezüglich dieses Gegenstandes die vorliegend untersuchte Kernfrage nach der Verpflichtung zur Anlage einer solchen Akte und verpflichtender Zugriffsgewährung nicht.⁶⁹ Die übrigen hier untersuchten Rechtsfragen, nämlich die nach der Verpflichtung der Leistungserbringer zur Nutzung,⁷⁰ nach finanziellen Anreizen für Patienten und Leistungserbringer, nach Anforderungen an die Anbieter entsprechender Systeme sowie nach deren Totalverbot, betreffen eine EGA zwar gleichermaßen.⁷¹ Dennoch konzentriert sich die vorliegende Untersuchung auf eEPA-Systeme, auch wenn die Ergebnisse insofern auf die EGA übertragbar sein dürften.

II. Rechtsgrundlagen ärztlicher Dokumentation und Kommunikation

1. Die ärztliche Dokumentationspflicht

Soweit Ärzte über Patientenakten ihre Dokumentationspflichten⁷² erfüllen, müssen sie auch die grundsätzliche Verfügungsgewalt über die Akte haben, um diesen Pflichten ordnungsge-

arbeiten. Gleichwohl kommt in diesen Attributen die weitreichende (faktische) Verfügungsmacht und -befugnis des zuständigen Leistungserbringers zum Ausdruck. Diese Befugnis ist jedoch genauso wenig wie die informationelle Selbstbestimmung ein eigentumsgleiches, absolutes Herrschaftsrecht, denn dies würde der Möglichkeit nicht-ausschließlicher Nutzung v. Informationen sowie ihren Mehrfachbezügen u. dem Informationsbedarf aller Seiten in sozialen Beziehungen jeder Art nicht gerecht werden (*Buchner*, Informationelle Selbstbestimmung im Privatrecht, S. 228 ff.; *Roßnagel*, Informatik Spektrum 2005, 462, 464; *gematik*; Übergreifendes Datenschutzkonzept, Vers. 0.9.0, Abschnitt 4.3, S. 58, dort insbes. Fn. 1; demgegenüber eine zumindest eigentumsähnliche Position annehmend: *Kilian*, CR 2002, 921, 922 f. [gerade auch für den Patienten]; *Ladeur*, DuD 2000, 12, 18).

⁶⁷ Eine solche EGA ist nicht mit der österreichischen ELGA gleichzusetzen, die mehr einer eEPA entspricht, auch wenn die Übergänge durch das Zugangsportal für Patienten (§ 23 Abs. 2 Gesundheitstelematikgesetz 2012) fließend sind; s.a. oben S. 53, Fn. 239, u. unten S. 454, Fn. 2276.

⁶⁸ *Krauskopf*, in: Krauskopf, SGB V, § 68 Rdnr. 3; *U. Schneider*, in: Krauskopf, SGB V, § 291a Rdnr. 33 f.

⁶⁹ Das dem entgegengesetzte Einwilligungserfordernis bzw. eine noch weitergehende unmittelbare Bindung an den Willen des die Akte selbst steuernden Patienten sind hier konstitutiv.

⁷⁰ Hier i.S.v. Befüllung und Abruf mit Autorisierung des Patienten.

⁷¹ Vgl. oben S. 3 ff., insbes. S. 7 f.

⁷² Die Dokumentation ist eine Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag; grundlegend hierzu: BGH, Urt. v. 27.06.1978 – VI ZR 183/76, BGHZ 72, 132 = NJW 1978, 2337, Rdnr. 27. Zudem sieht § 10 MBO-Ä auch eine

mäß nachkommen zu können; dies dient der Sicherung der weiteren Behandlung und damit auch der Abwehr von Haftungsansprüchen.⁷³

2. Das Einsichtsrecht des Patienten

Die informationelle Selbstbestimmung des Patienten kann aber auch hier nicht gänzlich ausgeschlossen werden. So hat der Patient gegenüber seinem Arzt oder Krankenhaus grundsätzlich ein Einsichtsrecht in die ihn betreffenden Krankenunterlagen; gegen Kostenersatz besteht im Allgemeinen auch ein Recht auf entsprechende Kopien.⁷⁴ Dies wurde von Literatur und Rechtsprechung als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag unter Berücksichtigung von Treu und Glauben (§ 242 BGB) sowie des allgemeinen Persönlichkeitsrechts des Patienten (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG) entwickelt.⁷⁵

Einschränkungen des Einsichtsrechts können sich lediglich aus – ebenfalls grundrechtlich fundierten – Interessen des Arztes oder Dritter, über welche in der Dokumentation auch Persönliches preisgegeben werden könnte, sowie therapeutischen Vorbehalten zum Schutz des Patienten ergeben.⁷⁶ So kann das Erkennen der vollen Schwere der eigenen Erkrankung bei manchen Patienten mittelbar-psychisch zu einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen.⁷⁷ Für eine Einschränkung, jedenfalls für einen Ausschluss der Einsicht aus diesen Gründen muss es sich aber um eine gravierende Krankheit handeln und die Gefahr einer deutlichen Verschlechterung muss sehr wahrscheinlich sein.⁷⁸ Der Anspruch umfasst nach der Rechtsprechung im Allgemeinen nur Aufzeichnungen über objektive physische Befunde und Berichte über Behandlungsmaßnahmen.⁷⁹ Er kann sich in Einzelfällen aber auch auf den sensiblen Bereich nicht objektivierter Befunde, also der subjektiven Eindrücke des behandelnden Arztes erstrecken, die gerade im psychiatrischen Bereich von besonderer Bedeutung sind.⁸⁰ Gerade hier kann es zum Schutz des Patienten aber beispielsweise angezeigt

entsprechende berufsrechtliche Pflicht vor. Durch das Patientenrechtegesetz wurde mit Wirkung ab 26.02.2013 auch ein neuer § 630f BGB eingeführt, der explizit eine Dokumentation vorschreibt; zur Begr. s. RegE, BT-Drucks. 17/10488, S. 6; einer Anregung des Bundesrates folgend (RegE, S. 42) hat der AfG das Erfordernis der Revisionsicherheit ergänzt, Beschlussempfehlung u. Bericht, BT-Drucks. 17/11710.

⁷³ Die Abwehr von Haftungsansprüchen ist jedoch kein zwingender, selbstständiger Dokumentationsgrund (außer in Bezug auf eine Selbstbestimmungsaufklärung), da nur das dokumentiert werden muss, was zur Sicherung der Behandlung notwendig ist (*Schlund*, in: Laufs/Kern [Hg.], Handbuch des Arztrechts, § 55 Rdnr. 5 ff.). Soweit dies dokumentiert wurde, tritt keine Beweislastumkehr ein, auch wenn im Nachhinein betrachtet eine weitergehende Dokumentation zur Aufklärung einen potenziellen Haftungsfalles besser gewesen wäre.

⁷⁴ *Schlund*, in: Laufs/Kern (Hg.), Handbuch des Arztrechts, § 56 Rdnr. 3 ff.

⁷⁵ Grundlegend: BGH, Urt. v. 23.11.1982 – VI ZR 222/79, BGHZ 85, 327 = NJW 1983, 328; im Grundsatz bestätigt durch: BVerfG, Beschl. v. 17.11.1992 – 1 BvR 162/89, MedR1993, 232; vgl. *Schlund*, in: Laufs/Kern (Hg.), Handbuch des Arztrechts, § 56 Rdnr. 1 f.

⁷⁶ Die fachgerichtliche Rechtsprechung insoweit zusammenfassend und billigend: BVerfG, Beschl. v. 16.09.1998 – 1 BvR 1130/98, NJW 1999, 1777.

⁷⁷ Vgl. *Jaspers*, Die Idee des Arztes, in: Der Arzt im technischen Zeitalter, S. 15 ff.

⁷⁸ Zum Ausnahmeharakter solcher Einschränkungen: BGH, o. Fn. 75 (VI ZR 222/79), Rdnr. 19.

⁷⁹ BGH, o. Fn. 75 (VI ZR 222/79), Rdnr. 16 ff.

⁸⁰ BGH, Urt. v. 23.11.1982 – VI ZR 177/81, BGHZ 85, 339 = NJW 1983, 330; Urt. v. 06.12.1988 – VI ZR 76/88, BGHZ 106, 146 = NJW 1989, 764, Rdnr. 6 ff. Eine stärkere Gewichtung des Einsichtsinteresses des Pati-

sein, die Einsicht nur im Beisein eines Arztes zu gewähren.⁸¹ Um das Einsichtsrecht nicht leer laufen zu lassen, müssen sich diese Ausnahmen jedoch in engen Grenzen halten;⁸² der jeweilige Leistungserbringer trägt zumindest eine gewisse Substantiierungslast für deren Vorliegen.⁸³

Mittlerweile hat das Einsichtsrecht auch Eingang in die ärztlichen Berufsordnungen gefunden (vgl. § 10 Abs. 2 MBO-Ä).⁸⁴ Daneben ergibt sich bei (geordneten) Patientenakten ein Auskunftsanspruch des Betroffenen aus dem Datenschutzrecht.⁸⁵ Zudem wurde mit dem Patientenrechtegesetz ein neuer § 630g BGB geschaffen, welcher einen entsprechenden Anspruch explizit auch im Gesetzesrecht normiert.⁸⁶

3. Ärztliche Schweigepflicht und Gesundheitsdatenschutz

Auch ist die Weitergabe von Patientendaten an Dritte, darunter selbst nach- und mitbehandelnde Leistungserbringer, von wenigen gesetzlichen Ausnahmen abgesehen,⁸⁷ nur mit Ein-

enten bei der Krankenakte im psychiatrischen Maßregelvollzug annehmend: BVerfG, Beschl. v. 09.01.2006 – 2 BvR 443/02, NJW 2006, 1116.

⁸¹ BGH, Urt. v. 06.12.1988 – VI ZR 76/88, BGHZ 106, 146 (151), NJW 1989, 764, nicht beanstandet durch BVerfG, Beschl. v. 17.11.1992 – 1 BvR 162/89, MedR 1993, 232; in entsprechenden Fällen einen zeitweisen Ausschluss des Einsichtsrechts annehmend: BGH, Urt. v. 23.11.1982 – VI ZR 177/81, BGHZ 85, 339, NJW 1983, 330, Rdnr. 12 ff. Die Einsicht auf einen nachbehandelnden Leistungserbringer beschränkend: LG Bremen, Teilurt. v. 25.07.2008 – 3 O 2011/07, MedR 2009, 480; dies dürfte jedoch nur in sehr seltenen Fällen ausreichend sein.

⁸² BGH, o. Fn. 75 (VI ZR 222/79), Rdnr. 19.

⁸³ Inzwischen enthält § 630 Abs. 1 S. 2 BGB i.d.F. des Patientenrechtegesetzes eine ausdrückliche Begründungspflicht. Vgl. schon BVerfG, Beschl. v. 09.01.2006 – 2 BvR 443/02, NJW 2006, 1116. Dagegen ließ BGH, Urt. v. 23.11.1982 – VI ZR 177/81, BGHZ 85, 339, Rdnr. 18, es genügen, wenn die Ausnahmegründe „nicht fernliegend“ sind; bzgl. der Einsicht in Auskünfte von Angehörigen des Patienten wurde hier eine Pflicht, „im einzelnen zu substantiieren“ ausdrücklich abgelehnt (Rdnr. 19).

⁸⁴ Die MBO-Ä stellt eine Empfehlung der Bundesärztekammer dar. Sie wurde jedoch weitgehend inhaltsgleich von den zuständigen Ärztekammern in den einzelnen Ländern in Satzungsrecht umgesetzt, so bspw. in § 10 Abs. 2 BO-Ä BW. In der generellen Herausnahme subjektiver Eindrücke oder Wahrnehmungen von Ärzten aus dem Einsichtsrecht (vgl. § 10 Abs. 2 S. 1 Hs. 2 MBO-Ä) bleiben die Berufsordnungen (z.B. § 10 Abs. 2 S. 1 Hs. 2 BO-Ä BW) allerdings hinter der gefestigten Rspr. zurück und sind insoweit wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht unwirksam (vgl. BVerfG, Beschl. v. 09.01.2006 – 2 BvR 443/02, NJW 2006, 1116).

⁸⁵ Schlund, in: Laufs/Kern (Hg.), Handbuch des Arztrechts, § 56 Rdnr. 1 f. Zur grds. Anwendbarkeit des BDSG s. oben Fn. 48, 49. Nach Gerhardt/Kaeding, Rahmenbedingungen beim Einsatz einer elektronischen Patientenakte, in: Taeger/Wiebe (Hg.), Informatik – Wirtschaft – Recht, S. 197 (206), soll dagegen das Auskunftsrecht nach dem BDSG durch arztrechtliche Vorschriften verdrängt werden. Dies ist jedoch sehr fraglich, denn durch die Berufsordnungen der Ärztekammern können lediglich Berufspflichten konkretisiert (vgl. § 31 Abs. 1 Heilberufe-Kammergesetz BW), aber nicht Rechte der Patienten beschnitten werden. Auch das unabhängig von der Form der Dokumentation bestehende vertragliche Einsichtsrecht dürfte dem datenschutzrechtlichen Auskunftsanspruch nicht vorgehen. Allerdings können die Gedanken, die ausnahmsweise zum Ausschluss des Einsichtsrechts führen, auch im Datenschutzrecht berücksichtigt werden (§ 34 Abs. 4 i.V.m. § 33 Abs. 2 [dort insbes. Nr. 2, 3, 7 Buchst. b] BDSG; schon in diese Richtung gehend: BGH, Urt. v. 23.11.1982 – VI ZR 222/79, BGHZ 85, 327 = NJW 1983, 328, Rdnr. 31). Zum schwierigen Verhältnis von Bundes- zu Landesrecht im Gesundheitsdatenschutz s. Schneider, VSSR 2009, 381, 389 ff. m.w.N.

⁸⁶ In Kraft seit 26.02.2013. Zur Begründung s. RegE, BT-Drucks. 17/10488, S. 6, mit geringfügigen Klarstellungen des AfG in seiner Beschlussempfehlung, BT-Drucks. 17/11710.

⁸⁷ Z.B. Meldepflichten nach dem IfSG. Im Rahmen des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) kann auch eine Güterabwägung stattfinden. Dagegen ist eine geringere Anforderungen stellende Rechtfertigung durch „Wahrnehmung berechtigter Interessen“ bei § 203 StGB umstr.; ablehnend: OLG Schleswig-Holstein, Urt. v.

willigung des betroffenen Patienten zulässig. Dies ergibt sich aus der ärztlichen Schweigepflicht, die auch strafrechtlich sanktioniert ist (§ 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB).⁸⁸ Ergänzend ist der datenschutzrechtliche Erlaubnisvorbehalt zu beachten. Gesetzliche Geheimhaltungspflichten und untergesetzliche Berufsgeheimnisse bleiben vom Datenschutzrecht aber unberührt (§ 1 Abs. 3 S. 2 BDSG). Daher bilden Datenschutz und Schweigepflicht jeweils eine gesondert zu prüfende Materie (Zwei-Schranken-Theorie).⁸⁹ Nicht jede datenschutzrechtliche Erlaubnisnorm ist eine gesetzliche Befugnis zum Offenbaren von Patientendaten im Sinne von § 203 StGB. Um den besonderen Schutz, den diese Vorschrift bezweckt, nicht auszuhebeln, können nur Regelungen, die den Kontext der Arzt-Patienten-Beziehung berücksichtigen, solche Befugnisnormen darstellen. Auf diese Beziehung muss in den entsprechenden Normen nicht unbedingt explizit Bezug genommen werden. Deren Einbeziehung muss jedoch zumindest naheliegen.

Dies könnte bei denjenigen Übermittlungsvorschriften des Datenschutzrechts der Fall sein, die sich ausdrücklich auch auf Gesundheitsdaten als besondere Art personenbezogener Daten beziehen (vgl. § 3 Abs. 9 BDSG, § 28 Abs. 6-9 BDSG). Darüber hinaus berücksichtigt § 28 Abs. 7 BDSG sogar eindeutig das Arzt-Patienten-Verhältnis, da sich diese Vorschrift auf die Gesundheitsversorgung insbesondere durch ärztliches Personal bezieht. Demgemäß richtet sich die weitere Verwendung erhobener Patientendaten aber nach den entsprechenden Geheimhaltungspflichten für Heilberufe (§ 28 Abs. 7 S. 2, 3 BDSG). Insofern kann diese Norm jedoch keine Befugnis zur Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht sein, sondern nur deren Äquivalent, welches diese Pflicht und deren Grenzen ins Datenschutzrecht über-

18.10.2007 – 5 U 19/07, DuD 2008, 137 (Rdnr. 37); *Lenckner*, in: Schönke/Schröder/Lenckner, StGB, Vorbem. § 32 ff. Rdnr. 80, § 203 StGB Rdnr. 30; bejahend: OLG Köln, Beschl. v. 04.07.2000 – Ss 254/00, NJW 2000, 3656, Rdnr. 55 f.; *Ulsenheimer*, in: Laufs/Kern (Hg.), Handbuch des Arztrechts, § 67 Rdnr. 18; *Meier*, Der rechtliche Schutz patientenbezogener Gesundheitsdaten, S. 201 m.w.N.; *Eser*, Wahrnehmung berechtigter Interessen, S. 46 ff.

⁸⁸ Diese Schweigepflicht hat auch eine zivil- sowie berufs- bzw. öffentlich-rechtliche Dimension, denn sie wird wie die Dokumentationspflicht und das Einsichtsrecht aus dem Behandlungsvertrag abgeleitet und sie ist in den ärztlichen Berufsordnung vorgesehen (vgl. § 9 MBO-Ä), *Quaas/Zuck*, Medizinrecht, § 2 Rdnr. 48; s.a. *Schlund*, in: Laufs/Kern (Hg.), Handbuch des Arztrechts, § 65 Rdnr. 9 ff., dort allerdings mit Schwerpunkt auf dem Strafrecht. Jeder dieser Rechtsbereiche statuiert ein eigenständiges Verbot und ist an sich – insbesondere im Hinblick auf dessen Durchbrechung – separat zu prüfen. Die dahinter stehenden Prinzipien und damit die Folgerungen sind jedoch i.d.R. die gleichen. So haben insbesondere die als Satzungsrecht erlassenen Berufsordnungen der Landesärztekammern die Entwicklung der Rechtsprechung zu den (vorrangigen, da formellen bzw. parlamentarischen) Zivil- und Strafgesetzen nachvollzogen. Zwar gehören die Berufsordnungen zum Landesrecht im materiellen Sinn, das grundsätzlich auch eine Befugnis i.S.v. § 203 StGB darstellen kann (a.A. OLG Düsseldorf, Urt. v. 20.08.1996 – 20 U 139/95, CR 1997, 536, 538, mit insofern zutreffenderweise abl. Anm. v. *Ehmann*), wobei es aber verfassungsmäßig sein muss. Und ein Eingriff in Patientenrechte würde die Grenzen der ärztlichen Selbstverwaltung überschreiten; hieran ändert (jedenfalls bei wesentlichen Eingriffen) auch eine Genehmigung der Satzung durch die Staatsverwaltung nichts.

⁸⁹ Ganz h. M., s. nur: BGH, Urt. v. 11.12.1991 – VIII ZR 4/91, BGHZ 116, 268, = NJW 1992, 737, Rdnr. 26-28; *Dix*, in: Simitis (Hg.), BDSG, § 1 Rdnr. 175 ff., 181, 186 f.; *Cierniak*, in: Joecks/Miebach (Hg.), MüKo StGB, § 203 Rdnr. 51; *Hermeler*, Rechtliche Rahmenbedingungen der Telemedizin, S. 84 ff. § 1 Abs. 3 S. 2 BDSG stellt hier nur einen von mehreren normativen Ansatzpunkten dar. Eine ausführliche Begründung bietet *Beyerle*, Rechtsfragen medizinischer Qualitätskontrolle, S. 121 ff.

nimmt.⁹⁰ Aufgrund des allgemeinen Vorbehaltes zu Gunsten von Berufsgeheimnissen in § 1 Abs. 3 S. 2 BDSG können letztlich auch für die übrigen, sich auf Gesundheitsdaten beziehenden Vorschriften des BDSG die Schweigepflicht nicht durchbrechen.⁹¹

Die Erlaubnistatbestände nach § 28 Abs. 6 und 8 BDSG beziehen zwar auch Gesundheitsdaten mit ein, stehen aber nicht einmal ausdrücklich im Kontext des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Gleichwohl wird teilweise die Meinung vertreten, dass sie in bestimmten Ausnahmesituationen Befugnisnormen nach § 203 StGB darstellen können, soweit im Rahmen der hier gebotenen Abwägung der besondere Schutzbedarf berücksichtigt wird, der sich aus dieser Beziehung über die ohnehin schon hohen allgemeinen Anforderungen an den Umgang mit Gesundheitsdaten hinaus ergibt.⁹²

Personenbezogene Daten mit gesundheitlichen Inhalten sind eben noch schutzwürdiger, wenn sie aus dem Kontext der Arzt-Patienten-Beziehung kommen. Wird auch dieses besondere Verhältnis erfasst, so kann eine Norm aber gleichzeitig Übermittlungserlaubnis im Sinne des Datenschutzes und Offenbarungsbefugnis nach § 203 StGB sein.⁹³

Eine weitere Annäherung der beiden Regelungsregime findet bei der Art der Willensbeteiligung des betroffenen Patienten statt. Neben der ausdrücklichen Entbindung von der Schweigepflicht kann für eine Befugnis gemäß § 203 StGB auch die stillschweigende oder mutmaßliche Einwilligung⁹⁴ des Patienten genügen.⁹⁵ Die datenschutzrechtliche Einwilligung setzt

⁹⁰ Nach *Simitis*, in: *Simitis* (Hg.), BDSG, § 28 Rdnr. 313 ff., richtet sich der entspr. Datenumgang in erster Linie nach bereichsspezifischen Bestimmungen wie insbes. dem ärztlichen Berufsgeheimnis (Rdnr. 313), das Maßstab für jede Verwendung auch durch andere zulässigerweise in die Behandlung eingeschaltete Personen ist (Rdnr. 316). Demnach ist § 28 Abs. 7 BDSG „kein Anknüpfungspunkt für einen ungehinderten Informationsaustausch mit jeder an Patientendaten interessierten Institution“, Patientendaten dürfen allenfalls „im Zusammenhang mit der jeweiligen Behandlung weitergegeben werden“, weshalb auch zentral geführte Krankenhausdateien auf dieser Grundlage nicht gerechtfertigt seien (Rdnr. 318).

⁹¹ Zur sog. Zwei-Schranken-Theorie s. soeben S. 18.

⁹² So ist die Einschaltung jedenfalls eines Anwaltes zur Durchsetzung privatärztlicher Honorarforderungen im Verzugsfall gestützt auf § 28 Abs. 6 Nr. 3 BDSG, anerkannt: *Iraschko-Luscher/Bayh*, MedR 2009, 453 (456). Das Innenministerium Baden-Württemberg nimmt dies auch für Inkassounternehmen an (Hinweise zum Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich, Nr. 40, 18.02.2002, Abschnitt C, wenn dort auch fälschlicherweise § 28 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 BDSG als Rechtsgrundlage genannt wird). Abgelehnt wird dies jedoch insbes. für die Forschungsklausel in § 28 Abs. 6 Nr. 4 BDSG: *Schneider*, Sekundärnutzung klinischer Daten, S. 76 f. m.w.N.

⁹³ Als Beispiele können hier die Übermittlungsbefugnisse in §§ 294 ff. SGB V für Leistungserbringer in der GKV oder diejenigen für Krankenhäuser nach dem jeweiligen Landeskrankenhausesgesetz angeführt werden.

⁹⁴ Wobei nach beachtlicher Meinung die tatsächliche, sei es ausdrücklich oder stillschweigend erklärte (vorherige) Zustimmung als Einverständnis schon den Tatbestand ausschließt, während die mutmaßliche Einwilligung lediglich rechtfertigend wirkt: BGH, Urt. v. 01.10.1953 – 4 StR 224/53, BGHSt 4, 355, 356; *Cierniak*, in: *Joecks/Miebach* (Hg.), MüKo StGB, § 203 Rdnr. 53 ff. Eine andere Meinung (teils als herrschend bezeichnet) geht dagegen generell von bloßer Rechtfertigung durch Einwilligung aus (*Fischer*, StGB, § 203 Rdnr. 31 ff.). Auch von der ersten Meinung wird jedoch ein wirksames Einverständnis i.d.R. nur unter den gleichen Bedingungen angenommen wie bei der Einwilligung (mit gewissen Besonderheiten bei der Dispositionsbefugnis im Hinblick auf Drittgeheimnisse; insbes. genügt nicht allein der tatsächliche Wille, sondern es kommt auf die Einsichtsfähigkeit an; *Lenckner*, in: *Schönke/Schröder/Lenckner*, StGB, § 203 Rdnr. 23 f.). Allgemein für eine differenzierende, am jeweiligen Tatbestand orientierte Auslegung zur Abgrenzung von Einwilligung und Einverständnis: *Kühl*, Strafrecht, Allgemeiner Teil, § 9 Rdnr. 20 ff.

⁹⁵ Im Ergebnis gleich: § 9 Abs. 4 MBO-Ä. Jedoch kann das Satzungsrecht der Ärztekammern, welches diese Musterklausel umsetzt, für sich genommen nur die berufsrechtliche, nicht aber die strafrechtliche Schweige-

dagegen zwar regelmäßig die Schriftform voraus, jedoch nur, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist (§ 4a Abs. 1 S. 3 BDSG). Bei Kommunikation zwischen bestimmten Ärzten anlässlich eines Behandlungsfalls wird man möglicherweise von solchen Umständen ausgehen können und auch datenschutzrechtlich eine mündliche oder gar konkludente Zustimmung genügen lassen.⁹⁶ Insbesondere aber existiert mit § 28 Abs. 7 S. 2 BDSG schon eine gesetzliche Erlaubnis zum Datenaustausch zwischen Heilberuflern und Hilfsmittelerbringern, sofern dies den Geheimhaltungspflichten der entsprechenden Berufe entspricht,⁹⁷ hier also zumindest eine stillschweigende oder, wenn der Patient seinen Willen nicht wirksam äußern kann, eine mutmaßliche Einwilligung vorliegt.⁹⁸

Der Patient hat also durchaus Rechte in Bezug auf die medizinische Dokumentation der Leistungserbringer und vor allem deren – in der Regel darauf aufbauende – Kommunikation. Er muss seine Rechte als Betroffener aber gegenüber dem jeweils zuständigen Leistungserbringer geltend machen. Es besteht für den Patienten kein direkter Zugriff auf „seine“, also die ihn betreffenden Daten in der Patientenakte. Sämtliche Rechte können nur unter Vermittlung durch den verantwortlichen Leistungserbringer wahrgenommen werden.⁹⁹ Nur bei diesem kann Einsicht genommen, können Kopien angefertigt werden, sofern keine Ausnahme vom Einsichtsrecht vorliegt, über die zunächst auch der Leistungserbringer allein entscheidet.¹⁰⁰ Der verantwortliche Leistungserbringer steuert die Zugriffe von anderen bzw. die Weitergabe von Daten an diese, seien es mitbehandelnde Kollegen, sonstige Dritte oder der betroffene Patient selbst.

III. Die institutionelle elektronische Patientenakte (iEPA)

Die klassische Form der elektronischen Patientenakte wird von einer medizinischen Einrichtung für ihre eigenen Zwecke betrieben, insbesondere also die Dokumentation des vor Ort stattfindenden Behandlungsgeschehens.¹⁰¹ Insofern spricht man von einer lokalen, einrichtungsbezogenen, einrichtungsgebundenen oder eben institutionellen elektronischen Patienten-

pflicht einschränken (s.a. oben Fn. 85 [Verhältnis des zivil- bzw. datenschutzrechtlichen zum berufsrechtlichen Einsichtsrecht] und Fn. 88).

⁹⁶ Zum Verhältnis der Formerfordernisse des Datenschutzes zum Strafrecht: *Lenckner*, in: Schönke/Schröder/Lenckner, StGB, § 203 Rdnr. 24a f.

⁹⁷ *Simitis*, in: *Simitis* (Hg.), BDSG, § 28 Rdnr. 316.

⁹⁸ Insofern richtet sich das Datenschutzrecht, soweit dies zur medizinischen Versorgung erforderlich ist, nach der Schweigepflicht der Heilberufe und beide an sich selbstständige Schranken werden zu einem guten Teil wieder gleichgeschaltet. Die mutmaßliche Einwilligung ließe sich u.U. auch nach § 28 Abs. 8 S. 1, Abs. 6 Nr. 1 BDSG abbilden (Schutz lebenswichtiger Interessen des Betroffenen).

⁹⁹ Darin liegt ein wesentlicher Unterschied zur persönlichen elektronischen Gesundheitsakte, s.o. S. 15.

¹⁰⁰ Und nicht der betroffene Patient selbst. Im Streitfall haben die Gerichte zu entscheiden.

¹⁰¹ Eine Speicherung vor Ort ist hingegen nicht unbedingt erforderlich. Die ausgelagerte Speicherung (das Outsourcing, Hosting) von Patientendaten durch Rechenzentren im Auftrag von Heilberuflern kann mit Einwilligung des Patienten, bei Verschlüsselung oder aufgrund bestimmter Erlaubnisnormen zulässig sein: *Hermeler*, Rechtliche Rahmenbedingungen der Telemedizin, S. 141 ff. (zu § 203 StGB), S. 181 ff. (zum Datenschutz). Soweit nur ein Leistungserbringer (bzw. eine Einrichtung) Zugriff erhalten soll, liegt trotz Outsourcing noch eine iEPA vor.

Einrichtungsübergreifende elektronische
Patientenakten
Zwischen Datenschutz und Gesundheitsschutz
Schneider, U.K.
2016, XXVII, 559 S., Softcover
ISBN: 978-3-658-11596-8