



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie und des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat für ein Gesetz zur Änderung des E-Government-Gesetzes und zur Einführung des Gesetzes für die Nutzung von Daten des öffentlichen Sektors vom 17.12.2020

- EGovG und DNG -

Berlin, 12.01.2021

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs.....	3
2. Stellungnahme im Einzelnen.....	3
Einbeziehung von Daten aus medizinischen Einrichtungen .....	3
Zu Artikel 2, § 2 Abs. 2 Nr. 3, § 3 Nr. 3 DNG-E .....	3
Daten, für die der DNG-E nicht gelten soll .....	4
Zu Artikel 2, § 2 Abs. 3 Nr. 1 DNG-E.....	4
Bestimmungen zum Schutz personenbezogener Daten.....	5
Artikel 2, § 2 Abs. 4 DNG-E.....	5
Inkrafttreten.....	5
Artikel 3.....	5
3. Ergänzender Änderungsbedarf.....	6

## **1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs**

Mit dem vorgelegten Referentenentwurf verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, die Bereitstellung offener Verwaltungsdaten der Bundesverwaltung umfänglich auszuweiten sowie die Nutzungsmöglichkeiten bereitgestellter Daten zu vereinfachen und zu verbessern. Die Bundesärztekammer bewertet die Herstellung von Transparenz in der öffentlichen Bundesverwaltung grundsätzlich positiv.

Mit der Änderung des E-Government-Gesetzes (EGovG-E) sollen die Daten der unmittelbaren und mittelbaren Bundesverwaltung sowie Forschungsdaten der Bereitstellungspflicht in standardisierten Datenformaten unterliegen. Mit dem neuen Datennutzungsgesetz (DNG-E) müssen offene Daten von öffentlichen Stellen künftig in maschinenlesbaren Formaten zur freien und uneingeschränkten Weiterverwendung durch die Öffentlichkeit bereitgestellt werden. Dies dient der Umsetzung der Richtlinie (EU) 2019/1024 über offene Daten und der Weiterverwendung von Informationen des öffentlichen Sektors.

Jedoch erweitert der DNG-E den Anwendungsbereich über die Anforderungen der EU-Richtlinie hinaus auf Daten aus medizinischen Einrichtungen. Diese Daten gehören nach Auffassung der Bundesärztekammer nicht in den Anwendungsbereich des DNG-E, da es sich größtenteils nicht um offene Daten öffentlicher Stellen handelt.

Des Weiteren regt die Bundesärztekammer an, den Berufsgeheimnisschutz mit aufzunehmen, den Schutz personenbezogener Daten durch Aufnahme der DSGVO nachzuschärfen und die Angaben zum Erfüllungsaufwand zu präzisieren.

## **2. Stellungnahme im Einzelnen**

### **Einbeziehung von Daten aus medizinischen Einrichtungen**

#### **Zu Artikel 2, § 2 Abs. 2 Nr. 3, § 3 Nr. 3 DNG-E**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Nach dieser Regelung soll der DNG-E für bestimmte Datenbereitsteller gelten. Hierzu werden nach der dort aufgeführten Definition medizinische Einrichtungen gezählt, in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Der Anwendungsbereich des DNG-E soll medizinische Einrichtungen erfassen. Unklar ist, welche Arten von medizinischen Einrichtungen unter den DNG-E fallen sollen. Der Definition des Gesetzestextes nach soll es sich um stationäre Versorgungseinrichtungen, möglicherweise auch Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, handeln, da die zu versorgenden Personen in ambulanten Einrichtungen nicht untergebracht werden. Folgt man den Formulierungen und dem Ziel des DNG-E, sollten ausschließlich öffentliche stationäre Versorgungseinrichtungen betroffen sein. Denn ausweislich der Gesetzesbegründung soll der Anwendungsbereich neben bisher öffentlichen Stellen auch auf öffentliche Unternehmen ausgeweitet werden. Diese Sichtweise wird auch dadurch gestützt, dass der DNG-E der Umsetzung der Richtlinie (EU) 2019/1024 über offene Daten und die Weiterverwendung von Informationen des öffentlichen Sektors dienen soll, wie sich aus der Gesetzesbegründung ergibt.

Wenn aber nur Daten stationärer Versorgungseinrichtungen des öffentlichen Sektors betroffen sein sollen, ist die Effektivität der Regelung fraglich und führt für diesen Teil der Einrichtungen zu einer Zusatzbelastung. Denn ein Großteil der stationären medizinischen Einrichtungen in Deutschland sind Einrichtungen in privater oder gemeinnütziger Trägerschaft. Die Daten dieser Einrichtungen zu Infektionszahlen, Reproduktionswerten, Sterbezahlen oder Intensivbettenkapazitäten würden demnach nicht erfasst. Es entstünde ein unrichtiges oder zumindest unvollständiges Bild, welches mitnichten für staatliche und private Entscheidungsträger sowie für die Wissenschaft und Forschung von Nutzen wäre. Die Gesetzesbegründung, wonach gerade im Lichte der COVID-19 Krise die Nutzung dieser Daten zielgerichtet vereinfacht werden soll, geht damit ins Leere.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass gerade Krankenhäuser akut von der COVID-19 Krise betroffen und an ihrer Belastungsgrenze sind. Nach aktuellen Angaben sind zurzeit 90 Prozent ihrer Kapazitäten belegt. Zu beachten ist darüber hinaus, dass Daten aus medizinischen Einrichtungen nicht vom Anwendungsbereich der o. g. EU-Richtlinie erfasst sind. Es ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb der DNG-E den Anwendungsbereich über die Vorgaben der EU-Richtlinie hinaus auf Daten aus medizinischen Einrichtungen erweitert. Zudem konfligiert die Regelung mit anderen, spezifischen gesundheitsrechtlichen Regelungen wie § 3 der Krankenhausstatistik-Verordnung sowie auf der Grundlage des SGB V erlassenen Vorgaben zur Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser. Sie führt daher zu einer unverhältnismäßigen Mehrfachbelastung bei Bereitstellung statistischer Daten.

Vor diesem Hintergrund regt die Bundesärztekammer an, von der überschießenden Richtlinienumsetzung Abstand zu nehmen. Es leuchtet nicht ein, den Bereich der Daten aus medizinischen Einrichtungen in dem DNG-E mit aufzunehmen, wenn aus Gesichtspunkten der Umsetzung der EU-Richtlinie keine Notwendigkeit besteht. Soweit zu den bestehenden Regelungen Ergänzungsbedarf gesehen wird, sollte dem im Fachrecht Rechnung getragen werden.

Allenfalls sollte nach Ausklingen der Pandemie und damit außerhalb der aktuellen Belastungssituation des Gesundheitswesens ein Gesamtkonzept im Rahmen des Statistikrechts und der Qualitätsberichterstattung entwickelt werden. Denkbar wäre auch ein Konzept, welches auf dem bereits existierenden und erfolgreichen DIVI-Intensivregister aufbaut. Dieses Register beruht zwar auf der Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten, welche gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 7 IfSG erlassen wurde und damit zeitlich begrenzte Gültigkeit hat. Die bereits erfolgreich arbeitende Plattform kann jedoch mit entsprechenden gesetzlichen Vorgaben ausgebaut werden.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Streichung der Regelung in § 2 Abs. 2 Nr. 3 DNG-E.

Streichung der Regelung in § 3 Nr. 3 DNG-E.

### **Daten, für die der DNG-E nicht gelten soll**

#### **Zu Artikel 2, § 2 Abs. 3 Nr. 1 DNG-E**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die beabsichtigte Neuregelung stellt in einer Aufzählung bestimmte Arten von Daten dar, die vom Anwendungsbereich des DNG-E ausgenommen sein sollen. Hierunter werden u. a.

personenbezogene Daten wie auch solche, die vom Schutz von Geschäftsgeheimnissen erfasst werden, gezählt.

### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Es sollte klargestellt werden, dass bestimmte Daten nicht nur aus Gründen des Datenschutzes (Buchstabe b) der Datennutzung im Sinne des DNG-E entzogen sind, sondern auch solche Informationen, die z. B. der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Beide Rechtsbereiche sind nicht vollständig deckungsgleich. Weil nach § 3 Nr. 4 DNG-E „jede vorhandene Aufzeichnung“ der Datennutzung zuzuführen ist, kommen auch Aufzeichnungsarten in Betracht, die möglicherweise nicht dem Anwendungsbereich der DSGVO unterfallen, weil sie nicht in einem Dateisystem verarbeitet werden. Schützenswert sind aber gerade solche Informationen, die einem Berufsgeheimnis oder einer sonstigen Geheimnisverpflichtung unterliegen, unabhängig davon, ob es sich um eine Datenverarbeitung i. S. d. DSGVO handelt.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

§ 2 Abs. 3 Nr. 1 sollte nach dem Buchstaben b um einen weiteren Buchstaben folgenden Inhaltes ergänzt werden:

*„Informationen, die einem Berufsgeheimnis oder einer sonstigen Geheimnisverpflichtung unterliegen.“*

## **Bestimmungen zum Schutz personenbezogener Daten**

### **Artikel 2, § 2 Abs. 4 DNG-E**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Nach der Formulierung sollen Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten von dem Gesetzentwurf unberührt bleiben.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Formulierung ist nicht eindeutig, denn es ist nicht ersichtlich, welche Vorschriften konkret betroffen sind. Der Klarstellung halber sollte in den Gesetzestext aufgenommen werden, dass Daten, die der DSGVO unterfallen, nicht Gegenstand der Datennutzung im Sinne des Gesetzes sind.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Klarstellend sollte Abs. 4 um den folgenden Satz 2 ergänzt werden:

*„Daten, die unter den Anwendungsbereich der DSGVO fallen, sind nicht Gegenstand der Datennutzung im Sinne dieses Gesetzes.“*

## **Inkrafttreten**

### **Artikel 3**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Entwurf sieht vor, dass das Gesetz am Tag nach seiner Verkündung in Kraft tritt.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Regelung zum Inkrafttreten wird abgelehnt, da sie die Ausnahmesituation während der Pandemie nicht berücksichtigt. Es ist für die betroffenen Stellen derzeit unmöglich, ihre Ressourcen entsprechend den Vorgaben in dem Gesetzentwurf einzusetzen. Sowohl die finanziellen als auch die zeitlichen Folgen können in der derzeitigen Ausnahmelage nicht zuverlässig abgeschätzt werden.

Sollte die epidemische Lage von nationaler Tragweite noch über den in der Richtlinie gesetzten Umsetzungsrahmen (Umsetzungsfrist zum 17. Juli 2021) hinaus bestehen bleiben, sollte das Gesetz jedoch spätestens am 01. Juli 2021 in Kraft treten, damit von EU-Seite keine Sanktionen drohen.

## **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Satz 1 des Artikel 3 des Referentenentwurfes ist folgendermaßen zu fassen:

*„Dieses Gesetz tritt einen Monat nach dem Tage in Kraft, an dem die Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 IfSG im Bundesgesetzblatt bekannt gemacht wurde, spätestens jedoch am 01. Juli 2021.“*

## **3. Ergänzender Änderungsbedarf**

In der Beschreibung des Erfüllungsaufwandes auf Seite 3 des Referentenentwurfes werden unter der Überschrift „E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung“ einige Kosten beschrieben, die nahe legen, dass nur monetäre Kosten berücksichtigt wurden. Die Bundesärztekammer regt an, an dieser Stelle auch den Aufwand für Bürokratie und Berichtswesen näher zu beschreiben. Darüber hinaus fehlen Aussagen zu konkreten Kompensationen wie Ausgleichszahlungen für erhöhten Bürokratieaufwand.

Zudem wird angeregt, genaue Angaben bezüglich der Zusatzbelastungen in den medizinischen Einrichtungen näher zu beziffern.