

2. Zur Umgestaltung des Gesundheitssystems mit Hilfe der elektronischen Gesundheitskarte¹

Elke Steven

Zum Stand der Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte

Die rechtlichen Voraussetzungen zur Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wurden 2004 mit dem „Gesundheitsmodernisierungsgesetz“ geschaffen. Zum 1. Januar 2006 sollte die neue Karte eingeführt werden. Das Neue an der eGK im Vergleich zur alten Krankenkassenkarte liegt nicht nur im orwellschen Schönsprech, das aus einer Karte für Kranke eine für Gesunde macht. Die Karte soll einen Chip enthalten, der den Zugang zu einem Datennetzwerk eröffnet. In diesem Netzwerk sollen zukünftig sensible Daten der Patientinnen gelagert werden. Der jahrhundertealte Schutz der Daten durch das Arztgeheimnis würde sukzessive ausgehebelt werden. Patientenakte, Arztbrief und Rezeptdaten sollen nach dem bisherigen Gesetz nur freiwillig mittels der eGK in diesem Netzwerk gespeichert werden.

Die eGK soll sich nicht durch eine eingebaute hohe Speicherkapazität auszeichnen, die es ermöglichen würde, Gesundheitsdaten auf der Karte selbst zu speichern. Die Idee ist vielmehr, dass die Karte mittels eines Prozessors den Zugang zu Gesundheitsdaten öffnet – gemeinsam mit dem Heilberufsausweis, also der Ausweiskarte derjenigen, die in den Heilberufen tätig sind. Dies würde es ermöglichen, dass jede Ärztin potentiell jederzeit – gemeinsam mit der Patientin – auf alle Daten zugreifen kann, also alles bisher Festgestellte – einschließlich nicht erkannter fehlerhafter Erkenntnisse – „wissen“ könnte. Die Daten sollen also „ortlos“ werden.

Eine solche zentrale Speicherung sensibler Daten muss auf Skepsis und Fragen nach dem Datenschutz stoßen. In das Gesetz eingebaute Hürden sollten beruhigend wirken. Die eGK soll einen Pflichtteil und einen freiwilligen Teil enthalten. Verpflichtend sollte die Speicherung der administrativen Daten auf der Karte sein (Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenkasse und Krankenversicherungsnummer, Versicherungsstatus und Zuzahlungsstatus).

¹ In diesem Aufsatz wird weitgehend die weibliche Form genutzt, mit der auch die Männer gemeint sind. Dies geschieht zur sprachlichen Vereinfachung und soll daran erinnern, dass wir gewöhnlich umgekehrt den Frauen zumuten, sich in der männlichen Form wiederzufinden. (Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Volkshochschulen gehen beispielgebend voran.)

Dies bleibt also weitgehend wie bisher. Hinzu kommt ein Lichtbild, das der eGK eine Kontrolle ermöglichende Ausweisfunktion verleiht. Die Versicherungsnummer soll jedem Versicherten lebenslang gültig zugewiesen werden, sodass sie auch bei einem Kassenwechsel erhalten bleibt. Zur Pflicht sollte auch die elektronische Übermittlung der Rezeptdaten an die Apotheke werden. Die Speicherung der Arzneimitteldokumentation gehörte jedoch in den freiwilligen Teil, wie auch die Speicherungen aller anderen Gesundheitsdaten unter den weiteren Kategorien: Notfalldaten, Arztbrief und Patientenakte.

Zwar war immer vorgesehen, dass diese Daten von den Bürger-Patientinnen eingesehen werden können, gepflegt werden sollten die Daten aber ausschließlich unter ärztlicher Hoheit.

Tatsächlich sind in den bisherigen Probeläufen erhebliche Probleme aufgetreten. Die als Test bezeichneten Erprobungen der Karte waren nur als Schritte in ihrer technischen Entwicklung, nicht als Prüfungen ihrer Ziele und Mittel geplant. Aber auch in diesen technischen Erprobungen versagten die Karten in mehrfacher Hinsicht. Sowohl Patientinnen als auch Ärztinnen vergaßen ihre den Zugang sichernden 6-stelligen PIN-Nummern. Einlesen der Karten und Speicherung von Rezeptdaten benötigten erheblichen Zeitaufwand und behinderten den Ablauf in den Arztpraxen. Ganze Testregionen schieden aus Protest aus – Bremen schon vor Beginn der „Tests“, während Heilbronn Ende 2009 entnervt das Handtuch warf.

Im Frühjahr 2010 beschlossen die an der Einführung beteiligten Organisationen², die elektronischen Gesundheitskarten zunächst mit reduzierten Anwendungsmöglichkeiten einzuführen – beginnend in der Region Nordrhein. Zugleich wurde eine neue Anwendung heimlich und ohne öffentliche Aufmerksamkeit, in einem anderen Gesetz verborgen, durch den Bundestag beschlossen. Am Freitag, 18. Juni 2010, stimmte der Bundestag über ein „Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften“ ab. Zwei Tage vorher war ein Änderungsantrag eingefügt worden, der den bisher nicht geregelten online-Abgleich der „Stammdaten“ der Patientinnen mit den bei den Kassen gespeicherten Daten beim Arztbesuch regelt. Mit dem Stammdatenabgleich soll der Aufbau eines zentralen Informationsnetzes mit Gesundheitsdaten aller Kassen-Patientinnen befördert werden. Die Möglichkeit der Patientinnen, selbst zu bestimmen, welche Daten zentral zugänglich gespeichert werden, wird schon in diesem Datenabgleich missachtet. Denn zu den Stammdaten gehören auch medizinische In-

² Zur Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit wurde die gematik – die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH – im Januar 2005 von den 15 Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens gegründet. Die wissenschaftliche und technische Begleitung übernahm ein Industriekonsortium (bIT4health) unter Leitung der IBM Deutschland.

formationen, so etwa die Teilnahme an „Chronikerprogrammen“ mit der Information, aufgrund welcher Krankheit diese Zuordnung gegeben ist. Auf diese Weise entstehen zentral zugängliche Datenspuren über Arztbesuche.

Am 12. November 2010 erfolgte eine weitere Änderung – diesmal im Finanzierungsgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung versteckt. Wiederum wurden die Änderungsvorschläge kurzfristig und ohne öffentliche Debatte eingefügt. Nun wurden die Krankenkassen verpflichtet, bis Ende des Jahres 2011 mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten eine elektronische Gesundheitskarte auszuhändigen. Das betrifft rund sieben Millionen Versicherte. Andernfalls drohen den Kassen Strafen in Höhe von 170 bis 200 Millionen Euro.

Trotz aller Komplikationen, aller Proteste und Widerstände soll die eGK im Jahr 2011 also einen entscheidenden Schritt vorankommen. Sie wird zunächst nicht viel mehr „können“ als die bisherige Versichertenkarte. Mit dem Foto übernimmt sie eine ungesicherte Ausweisfunktion. Ungesichert, weil die Fotos nicht auf Übereinstimmung mit dem Namen des Versicherten überprüft werden. Aber die Arztpraxen müssen die Verwaltungsaufgabe für die Kassen übernehmen, die Stammdaten mit den bei den Kassen gespeicherten abzugleichen. Hierfür müssen sie ihre Arztpraxen mit Geräten ausstatten, die einen online-Abgleich ermöglichen. Sie müssen entscheiden, ob sie hierfür – auf eigene Kosten – Geräte anschaffen, die nur für diesen Abgleich verwendet werden können. Andernfalls müssen sie die Computer, auf denen sie die Patientendaten in ihrer Arztpraxis speichern und bearbeiten, für den online-Abgleich öffnen. Das ist die gewollte und pekuniär unterstützte Variante. Zugleich ist es aber die Variante, die die Patientendaten prinzipiell zugänglich macht und den Arztpraxen die Aufgabe des Datenschutzes gegen illegalen Zugriff auf Daten aufbürdet. Zugleich gewöhnt diese Praxis des Datenabgleichs Patientinnen und Ärztinnen schleichend an die Datenverbindung mit externen Stellen.

Sukzessive sollen dann die vielen weiteren Funktionen der eGK, wie sie ursprünglich geplant waren und für die sie noch eingesetzt werden könnte, eingeführt werden. Mit Software-Updates kann die Karte leicht ausgebaut werden. „Die Abbuchung der Praxisgebühr vom Konto der Versicherten, das elektronische Rezept oder eine automatische Budgetkalkulation für Arztpraxen können technisch problemlos hinzugefügt werden, und auch die elektronische Patientenakte ist noch nicht vom Tisch.“³

³ Lux, Vanessa: „Man muss ja kein Foto an die Kasse schicken“, In: Gen-ethischer Informationsdienst, Nr. 203, Dezember 2010

Angesichts der langen Verzögerungen stellt sich die Frage, warum die Karte nicht schneller und konsequenter entwickelt werden konnte. Ein Interesse an der Entwicklung haben vor allem das Bundesgesundheitsministerium und die beteiligte IT-Industrie. Vier Ärztetage haben dagegen seit 2007 Resolutionen gegen die Einführung der eGK in der geplanten Form verabschiedet. Lange schien es so, dass die Krankenkassen ein großes Interesse daran haben könnten, nicht zuletzt leichter und ohne medialen Bruch Zugang zu den Krankendaten zu erhalten. In letzter Zeit mehren sich allerdings die Zeichen, dass auch ihr Interesse an der eGK schwindet.⁴ Der Verband der privaten Krankenversicherungen hat 2010 seinen Ausstieg aus dem Rollout der eGK erklärt. „Solange keine Investitionssicherheit gegeben ist, werden wir uns weder an den Kosten zum Aufbau der Infrastruktur für den geplanten Basis-Rollout der Karte beteiligen, noch weitere Gesundheitskarten im Zuge von Testmaßnahmen herausgeben. Auch alle noch laufenden Tests werden vorläufig unterbrochen“ erklärte der Direktor des Verbands, Volker Leienbach.⁵ Im Bereich der Pharmaindustrie mussten die Interessen der Versandapotheken – und der Krankenkassen am Zugang zu billigeren Medikamenten – berücksichtigt werden. Die Interessengegensätze sind – wie meist im Gesundheitssystem – groß und ein „Durchregieren“ angesichts mächtiger Lobbygruppen kaum möglich.

Die elektronische Gesundheitskarte als Heilmittel?

Wenn es um Kritik am gegenwärtigen Gesundheitssystem geht, dann spielen die Interessen der Bürger-Patientinnen kaum eine Rolle. Eher noch werden die Patientinnen als Ursache der Probleme diagnostiziert. Fragen der Finanzierbarkeit stehen im Mittelpunkt der Warnungen vor zukünftigen Entwicklungen und der Begründungen für Umstrukturierungen. „Unser“ Gesundheitssystem ließe sich schon jetzt kaum noch, in Zukunft gar nicht mehr bezahlen, wenn nicht grundlegende Veränderungen eingeleitet würden. Die sich umkehrende Alterspyramide führe zu andauernden Kosten“explosionen“. Die Patientinnen in der Bundesrepublik Deutschland besuchten zu oft die Ärztinnen, sie wollten zu oft und zu teure Medikamente verschrieben bekommen. Im Kontext der Argumentationen zur elektronischen Gesundheitskarte kommt das Argument hinzu, die Krankenkassen machten immense Verluste, weil sich Patientinnen mit falschen Versichertenkarten Behandlungen erschleichen würden. Um dies zu ver-

⁴ Vgl. FIF (Forum InformatikerInnen für Frieden und gesellschaftliche Verantwortung e.V.: Die neue elektronische Gesundheitskarte – The same procedure as every year?; Auflage 2010, S. 16

⁵ Vgl.: <http://www.e-health-com.eu/details-news/ehealth-metropolregion-rhein-neckar-ist-gewinner-des-bmbf-wettbewerb-2010/>

hindern, seien identifizierende Passfotos notwendig. Die Kommunikation unter den Ärztinnen und zwischen Ärztinnen und Krankenhaus wird als zu langsam bezeichnet. Die angewendeten Kommunikationstechnologien entsprächen nicht mehr den technischen Standards. Kommunikation mit den Patientinnen wie unter den „Heilberuflerinnen“ müsse effektiver gestaltet und qualitätsgesichert rationalisiert werden.

Viele dieser Argumente werden zur Stärkung der jeweiligen Interessen instrumentalisiert. Sie werden auch dann angeführt, wenn sie bereits vielfältig widerlegt wurden. In den letzten Jahrzehnten hat es beispielsweise keine „Kostenexplosionen“ gegeben. Die Kosten des Gesundheitswesens haben sich seit Jahrzehnten entlang der Steigerung des Bruttoinlandsprodukts bewegt, sind also nicht „explodiert“, sie bewegen sich im Bereich von 10,1 und 10,6 % des Bruttoinlandsprodukts. Hinzu kommt, dass Fragen nach sozialem Ausgleich und nach Beteiligung aller an den Gesundheitskosten nicht ausreichend gestellt und diskutiert werden.

Kritik an dem bestehenden Gesundheitssystem ist jedoch dringend geboten. Weder wird das alte patriarchalische Ärzte-Patienten-Verhältnis, in dem Ärzte als Götter in Weiß galten und sich entsprechend inszenierten, demokratisch menschenrechtlichen Erfordernissen gerecht, noch ein zunehmend an privatwirtschaftlichen Interessen orientiertes System, das auf Gewinnmaximierung statt auf die Interessen der Patientinnen ausgerichtet ist.

Bestrebungen bestehen seit Jahren, das Gesundheitssystem und das Arztinnen-Patientinnenverhältnis besser kontrollieren und steuern zu können. Während zunächst die ärztlichen Abrechnungen kontrollierbar werden mussten, sollen zunehmend die medizinischen Inhalte der Behandlung überprüf- und steuerbar werden.

Ein bedeutender Schritt auf diesem Weg ist die elektronische Gesundheitskarte. Sie macht den Aufbau einer kompletten Telematik-Infrastruktur notwendig und kommt den Forderungen nach mehr Wirtschaftlichkeit und Effizienz im Gesundheitswesen entgegen. Versprochen wurde unter anderem eine Reduktion von Todesfällen aufgrund von Medikamentenunverträglichkeiten, da der Computer *bekannt*e Unverträglichkeiten anzeigen könne – vorausgesetzt Patientinnen lassen alle Medikamente speichern, die sie einnehmen. Das Akzeptanzmanagement zur eGK, das die Entwicklung begleitete, versprach, die „kleine schlaue Karte“ ebne den Weg „für mehr Qualität, mehr Sicherheit und mehr Effizienz im Gesundheitswesen“.⁶ Die Barmer Ersatzkasse teilte ihren Lesern und Leserinnen mit: „Modernste Kommunikations-

⁶ als Beispiel der werbenden und zugleich verschleiernenden Information sei genannt: Bundesministerium für Gesundheit: Die elektronische Gesundheitskarte, März 2006

technik und somit ein besserer Daten- und Informationsaustausch unter allen an der Behandlung des Patientinnen beteiligten Akteuren ermöglichen kürzere Behandlungs- und Ausfallzeiten. Kranke Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden schneller wieder gesund und trotzdem optimal versorgt.“⁷ Die Vorteile, von Leistungstransparenz bis zur Eigenverantwortung der Patientinnen, werden immer wieder behauptet. Nicht debattiert wird jedoch darüber, wem kontrollieren kann und wie die Patientinnen angesichts der Unübersichtlichkeit des medizinischen Systems „Herren“ ihrer Daten bleiben sollen.

Das Bundesministerium für Gesundheit versprach zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte:

- Verbesserung der Qualität medizinischer Versorgung, u.a. der Arzneimittelsicherheit
- Verbesserung patientenorientierter Dienstleistungen
- Stärkung der Eigenverantwortung, Mitwirkungsbereitschaft und -initiative der Patienten
- Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungstransparenz im Gesundheitswesen
- Optimierung von Arbeitsprozessen und Bereitstellung von aktuellen gesundheitsstatistischen Informationen.

Datensicherheit?⁸

Gesundheitsdaten verraten eine Menge über einen Menschen. Ererbte Anlagen, Risiken und Empfindlichkeiten, die Lebensführung können daraus abgelesen werden. Es sind höchst sensible Daten, die Möglichkeiten der Diskriminierung und Segregation eröffnen. Kenntnis und Nutzung solcher Daten öffnen einer Verletzung personaler Integrität Tür und Tor. Diagnosen, die lebenslang gespeichert werden, ermöglichen Stigmatisierung und lassen lebenslange Nachteile befürchten.

Bisher lagern solche Daten dezentral in den Praxen der Ärzte. Das Arztgeheimnis ist eines der zentralen Grundlagen des Vertrauensverhältnisses zwischen Ärztin und Patientin und eines

⁷ Barmer Brief des Jahres 2006 der Barmer Ersatzkasse

⁸ Vgl. zu Fragen des Datenschutzes den Aufsatz von Wolfgang Linder in dieser Broschüre: Die elektronische Gesundheitskarte – Baustein der zentralen Telematikinfrastruktur in der Gesundheitsökonomie - Oder - Vier Lehrstücke, wie Bürokratie und Lobby ihre Interessen durchsetzen – oder wie leichtfertig und willfährig der Deutsche Bundestag Gesetze beschließt und ändert

der ältesten Datenschutzvorschriften. Wie soll aber das Arztgeheimnis gewährleistet werden, wenn Daten auf vernetzten Servern außerhalb von Arztpraxen gespeichert werden? Interesse an diesen Daten, die verschlüsselt und pseudonymisiert gespeichert werden, können viele Institutionen haben, von Versicherungen bis zu Arbeitgebern und Strafverfolgungsbehörden. So ist danach zu fragen, wie diese Daten vor illegalem Zugriff, wie auch danach, wie sie vor legal werdendem Zugriff geschützt werden können. Der Chaos Computer Club bezweifelt zumindest, Daten eien technisch zu schützen. Er bewies dies erneut, als eine „Kosten-Nutzen-Analyse der Einrichtung einer Telematik-Infrastruktur im deutschen Gesundheitswesen“, die die immensen Kosten der eGK belegt, nicht veröffentlicht werden sollte. Diese konnte bald von seiner Internetseite heruntergeladen werden.

Schon bei der Übermittlung der Rezeptdaten heben Bedenken an. Für eine elektronische Übermittlung sprechen eine Menge Rationalisierungsüberlegungen, vor allem würde sie eine erneute Erfassung der Daten bei den Krankenkassen überflüssig werden. Neben Fragen der praktischen Umsetzung stellen sich vor allem Fragen nach den Interessen, diese Daten ebenfalls zentral zu speichern und auszuwerten. Auch die Medikamente beinhalten Informationen über den Gesundheitszustand von Patientinnen.

Bisher werden die Rezeptdaten bei einer Zentralstelle der Apotheken und Krankenkassen auf Mikrofilmen gespeichert und sind damit nicht per Mausklick einer Person zuzuordnen. Die eGK wird diesen Bruch in der Datenübermittlung überwinden, Apotheken und Krankenkassen werden die Daten sofort haben und unmittelbar auswerten können. Die eGK machte es möglich, die Rezeptdaten über einen langen Zeitraum zu sammeln, zu speichern und personenbezogen abzurufen. Die Daten können zur Profilbildung der einzelnen Versicherten und zur Einteilung in Risikoklassen benutzt werden. Der auch von Datenschutzseite vielfach kritisierte Morbi-RSA (Morbidityorientierte Risikostrukturausgleich) wird durch die eGK erleichtert. Patientinnen werden lebenslänglich in Risikogruppen eingeteilt werden. Ihrer „Selbstbestimmung“ ist es dann anheim gegeben, mit dieser Einteilung bessere Versicherungsabschlüsse hier, Arbeitsverträge dort zu erwirken – oder dies eben nicht tun zu können. Löschfristen sind nicht vorgeschrieben, weil die Daten zum Zwecke der Abrechnung aufbewahrt werden dürfen, selbst wenn die Patientin ihre Löschung beantragt. Aus dem Medikamentenverbrauch einer Patientin über einen Zeitraum von etwa einem Jahr wird man alle wesentlichen Schlüsse auf ihren Gesundheitszustand ziehen können.

Die eGK wird eine erweiterte Profilbildung über Versicherte und Ärztinnen erleichtern. Seit dem 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz erhalten die Krankenkassen die

Abrechnungsdaten nicht nur arztbezogen, sondern inklusive der Versichertennummern. Daraus ergeben sich eine Menge Auswertungsmöglichkeiten. Die Patientinnen in Disease-Management-Programmen, vor allem solche, die sich diesem Programm nicht unterordnen wollten, haben häufig genug erfahren, dass die Daten für Werbung genutzt werden dürfen. Patientinnen sind von ihren Krankenkassen unter Druck gesetzt worden, sich daran zu beteiligen. Auf Ärztinnen, die die Programme kritisch beurteilen, wurde direkter und über die Patientinnen indirekter Druck ausgeübt. Die Auswertung der Daten wird auch hier leichter und schneller möglich sein.

Im Gesetz sind datenschutzrechtliche Hürden aufgebaut. Die Hürden erwecken den Eindruck, als ob Datenschutz in diesem Bereich auf Dauer möglich wäre. Zentral soll sein, dass die Patientinnen einer Speicherung ihrer Gesundheitsdaten „freiwillig“ zustimmen müssen. Als „Herren“ ihrer Daten entscheiden sie jeweils neu, ob und was gespeichert wird. Eine Menge Fragen stellen sich angesichts dieses großen Versprechens. Woher sollen die selbstbestimmenden Bürgerinnen, die als leidende und Rat suchende Patientinnen zur Ärztin kommen, Kenntnis über Aussagefähigkeit und Nutzen der Daten haben? Welche Ärztin kann und wird sich die Zeit nehmen, darüber intensiv zu beraten? Was sollten die Kriterien solcher Aufklärung sein? Zentral wird die Erkenntnis sein, dass die Daten, wenn sie nicht vollständig, sondern nach persönlichen Kriterien ausgewählt sind, für die Ärztin insgesamt unzuverlässig, somit unbrauchbar sind. Gemäß der Logik des Projektes bewährt sich also das Konzept der Freiwilligkeit der Datenspeicherung dahingehend, dass alle alles „freiwillig“ speichern lassen, oder die Freiwilligkeit muss abgeschafft werden.

Dass sich gesetzliche Vorgaben schnell ändern lassen, wenn dies im behaupteten allgemeinen Interesse ist, hat sich häufig gezeigt. Das LKW-Mautgesetz schließt explizit eine Verwertung der erhobenen Daten zu anderen als den zweckgebundenen aus. Als die Möglichkeit, mit Hilfe dieser Daten unter Umständen Verbrechen aufklären zu können, propagiert wurde, stand das Gesetz schnell zur Disposition. Wie so oft wurde angeblich aus dem Datenschutz ein Täterschutz. Im Sommer 2010 wurde das Sozialgesetzbuch V ohne öffentliche Diskussion geändert, so dass der Stammdatenabgleich von den Arztpraxen mit den Kassen erfolgen kann.

Der behauptete Nutzen der besseren Kommunikation der Heilberufler untereinander und der gemeinsamen Nutzung von technischen Diagnoseuntersuchungen ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt sowieso hinfällig geworden. Die Karte, die nun ausgegeben werden soll, kann aufgrund des gewählten Nachrichtenformats keine „großen Dateien, wie Röntgenbilder, Computertomografien- oder Videodaten“ (vgl. FfF 2010, S. 12) übermitteln.

Können die Daten von Patientinnen mithilfe der eGK „sicher“ gespeichert werden? Skepsis, ob eine solche Sicherheit angesichts sich rasant entwickelnder Technologien zu gewährleisten ist, muss bei allen Datenschutzmaßnahmen bleiben. Für Patientinnen ist jedoch die Frage wichtig, ob neue Technologien das Vertrauen erhöhen können, gut und aufmerksam, entsprechend den medizinischen Möglichkeiten und den individuellen Bedürfnissen behandelt zu werden oder ob im Gegenteil zu befürchten ist, dass Patientinnen wie Teile am Fließband der Kontrolle und Bearbeitung unterzogen werden.

Schon die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt pries die eGK, da Deutschland und die Europäische Union einen ausbaubaren Wachstumsvorsprung im Wettrennen weltweiter Konkurrenz gewinnen könnten, wenn sie als erste die IuK-Technologien zu informationellen Nerven des Gesundheitssystems ausbauten. Maximierung des Gewinns von IT-Industrie wie Gesundheitsökonomie sind die die Entwicklung gestaltenden Elemente.

Patientinnen werden zu Kundinnen, die kontrolliert werden müssen

Im „Akzeptanzmanagement“ zur eGK⁹ ist viel die Rede von der Stärkung der Rechte von Patientinnen. Die neu erwachsenden Selbstbestimmungsmöglichkeiten werden in den Mittelpunkt gestellt. Begrüßenswert wäre es, wenn die Mündigkeit der Bürger-Patientin in das Zentrum aller Umstrukturierungen des Gesundheitssystems gestellt würde. Das alte patriarchale System, in dem die Patientin darauf vertrauen sollte, dass der Arzt am besten weiß, was für sie gut ist, müsste endlich überwunden werden. Die medizinkritischen Bewegungen und der feministische Kampf um das Recht am eigenen Körper haben in den 70er Jahren die Befreiung aus der Bevormundung gefordert. Ivan Illich hat kritisiert, dass die Medikalisierung des Lebens zur Unmündigkeit führt, die etablierte Medizin sich zu einer ernststen Gefahr für die Gesundheit entwickelt, statt Hilfen zum Selbsteilen bereitzustellen¹⁰. „Selbstbestimmung“ und „Autonomie“ sind jedoch längst zu Kampfbegriffen geworden, die instrumentalisiert werden im Sinne der jeweiligen Interessen. Die Diskussionen um Patientenverfügung und Sterbehilfe verdeutlichen dies. „Wem also gehört die ‚Selbstbestimmung‘? Den unheilbar Kranken, die sterben, oder den Ärzten, die ihren hippokratischen Eid nicht verletzen wollen? Den Müttern, die die Identität des Vaters nicht preisgeben wollen, oder den Vätern, die mög-

⁹ vgl. Hempel, V.; Jäckel, A.; Reum, L. (Hrsg.): Telemedizinführer Deutschland, 2005: 1. Sonderausgabe: „Elektronische Gesundheitskarte“; 2006: 2. Sonderausgabe: „Modellregionen, Projekte und Initiativen zur elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland und Europa“

¹⁰ Vgl. Ivan Illich: Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens

licherweise zu Unrecht Alimente bezahlen? Den hirntoten Patienten, die unverseht ins Grab gesenkt werden wollen, oder den lebensgefährlich Kranken, die fürchten, auf der Warteliste zu sterben?¹¹ Dem behinderten Menschen, der sich nicht gegen fremdnützige Eingriffe wehren kann, oder dem kranken Kind, dem mit dessen Knochenmark geholfen werden könnte? Den schwangeren Frauen, die ihr Kind nicht austragen wollen, oder dem Ungeborenen, das ein Recht auf Leben hat? Der genetisch ‚Belasteten‘, die von ihrer Disposition nichts wissen will, oder ihren Kindern, die befürchten, die gleiche Krankheit mit sich herumzutragen?“¹² Der weitgehend liberalisierte, am Wachstum orientierte Gesundheitsmarkt macht aus der Patientin eine Konsumentin, die „souverän“ auf dem Markt der Angebote, ihrem Budget entsprechend, auswählen soll. Gesundheit ist aber keine Ware.¹³

Die gegenwärtigen Entwicklungen gehen im Gegenteil dahin, sowohl Ärztinnen als auch Patientinnen Möglichkeiten autonomer Entscheidungen zu nehmen und sie stärker in ein Kontrollregime einzubinden. Die Entindividualisierung und Standardisierung ärztlicher Behandlung wird mit Hilfe der eGK schnell voranschreiten. Tätigkeiten in Heilberufen zeichnen sich vor allem durch das besondere und individuelle Verhältnis zwischen Ärztin/Therapeutin und Patientin aus. Dieses kann misslingen. Ärztinnen können falsch handeln und mehr an anderen Interessen denn am Wohl der Patientin orientiert sein. Eine gute Behandlung wird jedoch wesentlich von einem guten Ärztinnen-Patientinnen-Verhältnis getragen, in welchem Besonderheiten und Kontexte berücksichtigt werden. Die Patientin hat ein Recht darauf, vorurteilsfrei von der Ärztin wahrgenommen zu werden. Die schon vorliegenden, elektronisch übermittelten, Daten werden jedoch im Gegenteil die Produktion von Vorurteilen fördern. Die Ärztin wird sich – nicht zuletzt aufgrund des Zeitdrucks – vermehrt mit Hilfe der vorliegenden „objektiven“ Daten informieren und läuft dabei Gefahr, die Patientin zu verfehlen.

Ärztinnen mögen aus vielfältigen Gründen in einer Weise mit den Krankenkassen abrechnen, die nicht den Vorgaben entsprechen. Solange Ärztinnen jede zusätzliche Leistung abrechnen konnten, der Einsatz von Geräten sich für Ärztinnen in barem Geld auszahlte, hätten die Patientinnen misstrauisch werden können, weil ihnen zu viele Untersuchungen zugemutet wur-

¹¹ Vgl. Nationaler Ethikrat: Die Zahl der Organspenden erhöhen - Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland, Stellungnahme vom 27. April 2007

¹² Vgl. Ulrike Baureithel: Eine Frage der Selbstbestimmung? In: GID (Gen-ethischer Informationsdienst 182, Juni 2007, S. 5-8)

¹³ vgl. auch Ulrike Baureithel: Rösler's Roskur, In: Blätter für deutsche und internationale Politik, 1/11

den. Allerdings wird es den meisten eher besser denn schlechter erscheinen, wenn zusätzliche Untersuchungen Aufklärung bieten könnten. Solange die medizinisch-technischen Möglichkeiten noch nicht so umfassend Prognosemöglichkeiten geschaffen hatten, weckten solche Untersuchungen selten Ängste. Seit die Arztabrechnungen gedeckelt sind und die Ärztinnen ihre zusätzlichen Leistungen als „Individuelle Gesundheitsleistung“ (IGeL) verkaufen müssen, müssen Patientinnen skeptisch werden. Will die Ärztin mit ihren Empfehlungen eine Leistung verkaufen oder hält sie die angebotene Leistung tatsächlich für medizinisch geboten und für die konkrete Patientin hilfreich? Die Patientin wird nun auch in der Arztpraxis zur Käuferin von Gesundheitswaren, wie sie dies auch im Alltag angesichts diverser Angebote zur Verbesserung des gesundheitlichen Wohlbefindens ist. Das Vertrauensverhältnis hat zwangsläufig eine Sollbruchstelle.

Angesichts solcher Entwicklungen ist es trügerisch, zu behaupten, die „Autonomie“ von Patientinnen würde durch die eGK befördert. Die kranke Patientin, die mit Fragen und Ängsten in die Praxis kommt, soll nun selbst entscheiden, was sie braucht, wem sie ihre Daten zur Verfügung stellt, welche Leistungen sie kauft und welche sie speichern lässt. Sie will jedoch nicht die Medizinerin kontrollieren, die ihr in ihrem Wissen überlegen ist, sondern sie sucht eine Ärztin, der sie Vertrauen schenken kann, der sie die Verletzung ihrer körperlichen Integrität zugestehen will. Dieses Vertrauensverhältnis aber gilt es im Sinne der Kostenkontrolle, vor allem der Verlagerung der Kosten und der Verantwortung an die Patientin, zu zerstören. Die Kranke verliert die Ärztin, die sie sowohl vor unnützen Therapien bewahrt als auch nützliche verschreibt, selbst wenn sie kostenintensiv sind, die ihre Daten schützt und „ehrlich an ihrer Gesundheit interessiert ist“.¹⁴ Die auf sich gestellte Patientin ist leichter manipulierbar und eher zahlungsbereit. Die Ärztin wiederum soll sich vermehrt auf die mittels der eGK übermittelten Daten verlassen und ihre kostbare Zeit nicht für das diagnostische Gespräch aufwenden, das aber zugleich ein Vielfaches an Information gegenüber den reduzierten Kürzeln enthält.

Schon die bisherigen Veränderungen in der ärztlichen Dokumentation und Abrechnung mit den Kassen haben Veränderungen im Ärztinnen-Patientinnen-Verhältnis zur Folge. Die zu erfassenden Gesundheitsdaten sollen dazu genutzt werden, Krankheitsbilder und ihre Behandlung EDV-tauglich zu machen. Komplexe, individuell unterschiedliche Krankheiten werden auf eine Zahlen/Zeichenkombination (ICD-Nummern) reduziert und somit vergleichbar gemacht. Notwendig hierfür ist, dass sich die Sicht *einer*, ökonomisch orientieren, medizini-

¹⁴ vgl. Hartwig, Renate: Der verkaufte Patient, Wie Ärzte und Patienten von der Gesundheitspolitik betrogen werden, 2009, S. 27

schen Disziplin durchsetzt und andere Sichtweisen dominiert. Die Gliederung folgt nicht medizinischen oder praktischen Gesichtspunkten, sondern statistischen Erfordernissen. Ärztliche Perspektiven, in denen Besonderheiten und Kontexte berücksichtigt werden, müssen in der Codierung wegfallen. Zu befürchten ist, dass Standards und Grenzwerte festgelegt werden, die im Interesse der Pharmaindustrie definiert werden. Individuelle Unterschiede können kaum noch berücksichtigt werden – oder müssen gegen „das System“ durchgesetzt werden. Es sollen jedoch nicht nur die ärztliche Behandlung standardisiert, auch die individuellen Lebensstile sollen dieser Entwicklung unterworfen werden. So wie die Ärztin an die evidenzbasiert optimierten Behandlungsvorstellungen gebunden wird, wird die Patientin durch fremd kontrollierte Selbstkontrolle auf „gesunde“ Lebensweisen verpflichtet. Eigenverantwortung bedeutet dann auch, mit all den Wahrscheinlichkeiten und Risiken „verantwortlich“ umgehen zu lernen.

Zugleich wird das solidarische Gesundheitssystem marktförmig umgestaltet. Krankheit wird erneut mit Begriffen von Schuld, Verfehlung und Verantwortung in Zusammenhang gebracht. Sie ist dann privat zu verantworten. Gesundheitliche Risiken werden zunehmend nur noch in engen Grenzen solidarisch getragen.

Die „Freiwilligkeit“ der Datenspeicherung, wird als Beleg der Selbstbestimmung der Patientin angeführt. Die Patientin wird als (all)wissende, die Ärztin und die Struktur des Gesundheitssystems verstehende und den eigenen Interessen gemäß kontrollierende Bürgerin imaginiert. Die sozialen Kontexte, in denen leidende Patientinnen Entscheidungen über das Ob und Was der Speicherung von Daten treffen sollen, werden nicht berücksichtigt. Statt die Gesundheitsdaten wie bisher durch das von der Ärztin zu verteidigende Arztgeheimnis zu schützen, wird der „Schutz“ den Patientinnen aufgebürdet. Sie werden dem Druck seitens diverser Interessen ausgesetzt und damit allein gelassen. Sie hätten ja verweigern, löschen, unterdrücken ... können, wird es dann heißen, wenn sie die Nachteile zu tragen haben.

Ärzte werden zu kontrollierten Ausführenden?

Die Einführung der eGK steht im Kontext der „Modernisierung“ des Gesundheitssystems. Diese ist ausgerichtet auf eine „Industrialisierung“ / „McDonaldisierung“ der Abläufe im Gesundheitssektor. Eine zunehmende Kontrolle und Steuerung der Ärztinnen-Patientinnen-Beziehung soll Kosten senken und zugleich den Wettbewerb fördern. Die Einführung der eGK wird ein entscheidender Schritt in der weiteren Enteignung der Ärztinnen-Patientinnen-

Beziehung sein. Die Intimität des Verhältnisses wird ersetzt durch formale Rationalität, Ökonomisierung und quantitativ-finanzielle Steuerung. Versorgungsentscheidungen werden mit Hilfe dieser kleinen Karte leichter bürokratisiert werden.

Die jeweiligen Abrechnungssysteme zwischen Ärztin und Kassen – vom Ziffernkatalog einer Gebührenordnung zum Regelleistungsvolumen - eröffnen den Ärztinnen spezielle Möglichkeiten, ihre Leistungen abzurechnen. Sie mögen auch zu Betrug führen. Es wird Ärztinnen gegeben haben, die überflüssige Leistungen angeboten und abgerechnet haben, als noch die einzelnen Leistungen abzurechnen waren. Es mag Ärztinnen geben, die auch in dem gedeckelten gegenwärtigen Abrechnungssystem Auswege finden, um mehr Geld einzunehmen. Allerdings gelingt dies hier nur über die privat zu zahlenden IGeL-Leistungen. Die Kassen haben jedenfalls ein großes Interesse, ihre Ausgaben einzuschränken und die Ärztinnen zur „kostengünstigsten“ Behandlung zu verpflichten. So werden die Patientinnen als Kundinnen zur betriebswirtschaftlichen Kostengröße.

Philipp Grätzel von Grätz macht am 23.6.2007 auf die Wünsche der Krankenkassen in der Financial Times Deutschland aufmerksam. Die Krankenkassen griffen gerne noch viel stärker anhand der Versichertendaten in die medizinische Versorgung ein. „Data –Mining“ soll das Problem der Auswertung großer Datenbestände lösen. Ein verantwortlicher Manager einer Krankenkasse berichtet über diese Sehnsüchte: „Die Daten sind ein Schatz, der mithilfe von IT-Lösungen gehoben werden kann. Was IT aber nicht leisten kann, ist die medizinische Interpretation“, sagt er. Deswegen bauten die Kassen die Fachabteilungen aus. Wenn man z.B. das Verordnungsverhalten der Ärzte auswerten könnte, dann könnte man aufgrund dieser Information gezielt Ärzte zu kostengünstigeren Verordnungen bewegen. Die Hoffnungen gehen dahin, zweistellige Millionenbeträge im Jahr auf diesem Weg einsparen zu können. Nicht dass die Kassen das Überweisungsverhalten der Ärzte beeinflussen wollen, erscheint dem Vertreter der Kassen problematisch, sondern nur die kompliziertere Datenauswertung, die sowohl auf ambulante, als auch stationäre sowie auch auf Rezeptdaten zurückgreifen müsste.

Im Umgang mit den Disease Management Programmen – den Behandlungsprogrammen für bestimmte chronische Krankheiten - wurde schon deutlich, wie gerne die Kassen die Patientinnen bezüglich der Behandlung selbst beraten wollen und sie an „qualifizierte“ – für sie kostengünstigere - Einrichtungen verweisen wollen.

Im „Jahrbuch und Monitoring eHealth & Gesundheitswirtschaft 2010“ schreibt Daniel Strech von der Medizinischen Hochschule Hannover einen Artikel mit dem Titel „Kostendruck vs.

Versorgungsqualität – Sparen um jeden Preis?“ Für ihn wirkt sich die vorherrschende Form der Kontrolle über die einzusparenden Mittel in einem Gesundheitswesen, das zunehmend auf ökonomische Effizienz getrimmt wird, nicht nur qualitätsmindernd aus. Sie steigert vielmehr auch die Ungerechtigkeit in der Gesellschaft. Der Autor schreibt: „Es ist deshalb sehr wahrscheinlich, dass vulnerable Patientengruppen – etwa mit geringerem sozio-ökonomischem Status –strukturell benachteiligt werden, da diese durchschnittlich schlechter informiert sind über das, was ihnen vorenthalten wird, und ein geringeres (finanzielles und somit juristisches) Druckpotenzial besitzen, das einzufordern, was ihnen vorenthalten wird.“ (S. 32)¹⁵

Missbrauch von Krankenversichertenkarten?

Inzwischen reden (fast) alle sehr selbstverständlich davon, dass der Missbrauch von Krankenversichertenkarten ein Problem darstelle, welches anzugehen sei. Hohe Kosten würden verursacht durch Unversicherte, die sich ärztliche Behandlung erschlichen. Das Foto auf der eGK soll diesen Missbrauch zukünftig verhindern. Die Gegner der eGK rufen dazu auf, die Abgabe des Fotos aus Protest gegen die Einführung dieser Karte zu verweigern. Sie argumentieren, dass dieses Foto, das keiner Identitätsprüfung unterliegt, dem vorgeblichen Problem gar nicht abhelfen könne. Versicherte könnten Fotos von anderen Personen schicken, um diesen den Zugang zum Versicherungssystem zu ermöglichen.

Sehen wir uns die Geschichte der Berichte zum Missbrauch von Krankenversichertenkarten an, so wird deutlich, dass auch dieses so harmlos und nachvollziehbar erscheinende Argument nur ein vorgeschobenes ist.

In Baden-Württemberg haben Abgeordnete der CDU 1996 eine Kleine Anfrage zum „Missbrauch von Krankenversichertenkarten“ gestellt¹⁶. Hier wird das Missbrauchspotential „als relativ gering“ eingeschätzt. „Bei der AOK Baden-Württemberg treten jährlich zirca 100 Missbrauchsfälle auf, ungefähr 2 bis 3 pro AOK-Bezirksdirektion. Die meisten Missbrauchsfälle sind geringfügig. Der Schaden beläuft sich auf unter 150 DM. Die Einzelfälle ähneln sich; oft liegt der Sachverhalt zugrunde, dass sich Nichtversicherte (meistens ausländische Mitbürgerinnen aus östlichen Ländern) auf einer geborgten Karte (Verwandter, Freund) bzw. auf einer verlorenen Karte behandeln lassen. Der größte bekanntgewordene Schaden lag bei

¹⁵ Vgl. Hartmut Wiehr: Jahrbuch zur IT im Gesundheitswesen - Ein Dokument der Widersprüche; <http://www.cio.de/healthcareit/analysen/2243543/index2.html>,

¹⁶ Drucksache 12 / 796 - 06. 12. 96; http://www.landtag-bw.de/wp12/drucksachen/0000/12_0796_d.pdf

circa 14.000 DM, wobei eine Krankenhausbehandlung auf der Basis einer verlorenen Versicherungskarte vorlag.“

Damals wurde von einigen Seiten argumentiert, um solchen Missbrauch zu verhindern, könnten sich die Ärzte im Zweifelsfall den Ausweis zeigen lassen oder mit der Krankenkasse Rücksprache halten. Damals sah die Kassenärztliche Vereinigung ein solches Vorgehen allerdings als unzumutbar an, da „der Arzt ein Vertrauensverhältnis zum Patienten zu wahren habe“.

In den 2000er Jahren wurden Ängste vor diesem Missbrauch, für Wut auf die Betrüger und für die Kontrolle durch die Krankenkassen belegt. Ende 2004 warnten zunächst Transparency International Deutschland und der Verbraucherzentrale Bundesverband, dass „bis zu 20 Milliarden Euro“ „jährlich durch Betrug und Korruption im deutschen Gesundheitswesen verloren“ gingen.¹⁷ Sie gehen in dem Bericht auf vielfältige Missstände im deutschen Gesundheitssystem ein und verorten diese bei „den Versicherten, bei den Leistungserbringern (Ärzte, Apotheker sowie ärztliche Hilfsberufe wie Optiker, Orthopädieschuhmacher, Zahntechniker etc.), bei der ärztlichen Selbstverwaltung, bei den Krankenkassen und bei den Anbietern von Medikamenten und medizinischen Hilfsmitteln, sowie beim Staat“. Dazu kommt die „strukturelle Korruption“. Kritisch wurden einige Argumente gegen diesen Bericht angeführt. Vor allem beruhten die Berechnungen auf geschätzten Zahlen aus den USA und deren Übertragung auf die BRD.

Die Medien und die Krankenkassen begannen, sich auf den Karten-Missbrauch zu konzentrieren. Die Techniker-Krankenkasse führte zum 11. Oktober 2004 eine neue Software ein, die gesperrte Karten für die Ärzte sichtbar machen sollte. Sie meinte, damit könnten 20 Mio. Euro eingespart werden.¹⁸

2007 schätzte der Vorsitzende des Hessischen Apothekerverbands, dass durch den Missbrauch jährlich ein Schaden von 100 Millionen Euro entstünde. „Riyad Salhi, Pressesprecher der AOK Hessen, schätzte das Ausmaß jedoch auch damals weit weniger dramatisch ein. Er meinte, es handele sich lediglich um Einzelfälle, denen man allerdings nachgehen müsse.“ (FAZ, 23.2.2007)¹⁹

¹⁷ http://www.medizinauskunft.de/artikel/service/politik/12_11_korruption.php

¹⁸ http://www.medizinauskunft.de/artikel/service/versicherung/01_10_karte.php;
http://www.medizinauskunft.de/artikel/service/versicherung/02_11_krankenkarte_betrug.php

¹⁹ <http://www.faz.net/s/Rub8D05117E1AC946F5BB438374CCC294CC/Doc~E4DC1FD108D2B48FAA2A24B9225E98DA1~ATpl~Ecommon~Scontent.html>

Auch dem Vertreter der AOK liegen keine Zahlen über die Kosten durch Missbrauch vor. Er vermutete, am häufigsten würde wohl „einem nicht krankenversicherten Verwandten aus einem Nicht-EU-Land oder einem illegal beschäftigten Bekannten die Karte“ ausgeliehen. Er glaubt, „dass den Krankenkassen und damit der Solidargemeinschaft auf diese Weise kein großer finanzieller Schaden entstehe“. (nach FAZ, 23.2.2007)

Viel größere Einbußen verzeichnet die AOK nach Salhis Angaben durch Leistungen, die abgerechnet, aber gar nicht erbracht würden. Solche Betrügereien machten den größten Teil der Fälle aus, mit denen sich die Stelle für Missbrauchsbekämpfung der AOK im Jahr 2006 beschäftigt und deshalb rund eine Million Euro zurückgefordert habe.

Jedenfalls sollen die Kosten durch betrügerischen Gebrauch von Versichertenkarten „nach verbindlichen Schätzungen weit unter den Kosten der Foto-Applikation auf der eGK“²⁰ liegen.

Der „Betrug“ mit falschen Krankenversichertenkarten scheint für die Kassen kein zentrales Problem zu sein. Es sind ja auch nur 0,1 bis 0,3 % der Bevölkerung, die ganz ohne Krankenversicherungsschutz leben. Und Kranken muss geholfen werden, auch wenn keine Versicherung für die Kosten aufkommen will.

²⁰ Hontschik, Bernd: Gefährlicher Paradigmenwechsel, In: Dr. med. Mabuse, Nr. 189, Januar/Februar 2011