

Bleiben Sie zu Hause!«

Die ehrgeizige dänische Krankenhausreform setzt auf wenige Superkliniken und umfassende Digitalisierung

Von Ulrike Henning

Das dänische Gesundheitssystem gilt weltweit als Vorreiter in Sachen Modernisierung. Interessenten reisen nicht nur aus Europa an. Eigens geschaffene Institutionen informieren ausländische Gesundheitspolitiker und Mediziner oder stellen Unternehmen Aufträge in Aussicht. Dazu gehören Einrichtungen wie der Copenhagen Healthtech Cluster (CHC), eine Wirtschaftsförderungsgesellschaft, die mit privaten und öffentlichen Unternehmen zusammenarbeitet. Derartige Public Private Partnerships sollen die Ausgaben im Gesundheitswesen senken und gleichzeitig die Qualität steigern.

Indessen steht das kleine nordeuropäische Land mit seinen 5,7 Millionen Einwohnern vor den gleichen Schwierigkeiten wie andere Industrienationen auch: Immer mehr Menschen leiden an chronischen Krankheiten, der Altersdurchschnitt der Bevölkerung steigt, die Herausforderungen durch die Digitalisierung wachsen in allen Lebensbereichen – so auch in der Gesundheitsversorgung. Diese Situation verlangt eine Reform, sagte man sich in Kopenhagen schon zur Jahrtausendwende. Zwischen 2004 und 2006 wurde das Riesenprojekt vorbereitet, mit mehreren Anhörungen – nicht nur der Beschäftigten der Branche, sondern auch der Bürger. 2007 startete die Reform.

Schließlich wurden sogar Regionen und Gemeinden zu diesem Zweck neu zugeschnitten. Aus 271 dänischen Kommunen wurden 98, fünf große Regionen wurden zudem neu eingerichtet. Bei letzteren liegt ein großer Teil der Verantwortung für das Gesundheitswesen, sie sind auch für die wenigen verbleibenden Superkrankenhäuser zuständig. Private und konfessionelle Kliniken gibt es in Dänemark kaum. Auch in den Kommunen stiegen die Anforderungen. »Mit der Reform soll die Qualität der Versorgung steigen«, betonte Hans Erik Henriksen, CEO von Healthcare Denmark, bei einem Vortrag vor Gesundheitsökonomien in diesem Frühjahr in Berlin. Das Unternehmen aus Odense gehört zu jenen, die das Vorhaben im Ausland bekannt machen sollen.

Grundlagen und Finanzierung

Die Entscheidungen für die Reform traf eine fünfköpfige Expertenkommission, die von der Regierung berufen wurde. Auch Fachleute aus Schweden und Norwegen wurden aufgenommen. Das Gremium legte fest, wo Kliniken neu zu errichten und welche umzubauen waren.

Basis dafür waren Qualitätsdaten aus den Vorjahren, zum Beispiel Komplikations- und Infektionsraten. Hier zeigten kleinere Häuser tendenziell schlechtere Ergebnisse, was letztendlich zu ihrer Schließung beitrug. Widerstand und Proteste, die immer einmal wieder lokal aufflackerten, hatten also Technokraten und nicht direkt die Politik zum Adressaten. Dennoch flaute die Kritik bald ab, weil die Ergebnisse nicht so schlimm wie angenommen ausfielen. Die befürchteten Wartelisten blieben aus. Nach Umfragen entschieden sich die Bürger in der Mehrheit dann doch lieber für exzellente Kliniken in größerer Entfernung als für die nahegelegenen, weniger gut ausgestatteten Krankenhäuser.

In der öffentlichen Diskussion der Reform wurde denn auch nicht die Schließung von Krankenhäusern in den Mittelpunkt gestellt, sondern die fehlende Nachhaltigkeit der bisherigen Struktur. Der Anspruch, der mit der Reform erhoben wurde, lautet, dass insgesamt ein freier und gleicher Zugang der Bürger zu Gesundheitsleistungen möglich sein soll und das System weiterhin steuerfinanziert bleibt.

Heute zahlt die Regierung den Regionen 75 Prozent der entsprechenden Kosten, weitere fünf Prozent sind abhängig von den jeweiligen Aktivitäten. Die Kommunen kommen für die übrigen 20 Prozent auf. 16 Prozent des Staatshaushaltes werden für diesen Bereich aufgewendet, das entspricht 2017 rund 20 Milliarden Euro. Die strikt staatliche Finanzierung trägt wohl auch dazu bei, dass das dänische Gesundheitswesen innerhalb der OECD die geringste Korruption aufweist. 99 Prozent der Einnahmen der Ärzte kommen aus öffentlichen Mitteln.

Die Gesamtausgaben für die Reform belaufen sich inzwischen auf rund sechs Milliarden Euro, das sind etwa 1.000 Euro pro Einwohner. Etwa ein Fünftel der Investitionssumme wird für Medizin- und EDV-Technik ausgegeben. Für das Mammutunternehmen zahlen die Regionen 40 Prozent, die Regierung 60 Prozent. Trotz der gewaltig anmutenden Ausgaben wird das »niedrigste effektive Kostenniveau« angestrebt. Eines der Ziele ist eine Wartezeit für Patienten von maximal 30 Minuten bis zum Beginn einer Diagnostik oder zur Einleitung einer Therapie.

Die Produktivität des Gesundheitswesens stieg bereits zwischen 2008 und 2013 an, die Sterberate sank, die Ausgaben wuchsen indessen nur leicht. Bei Erkrankungen wie Krebs oder Chronisch-Obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) und kardiovaskulären Leiden sank die Verweildauer in den Kliniken, während die Zahl der hiervon betroffenen Patienten anstieg. Diabetes ist eine Ausnahme insofern, als dass die Zahl der betroffenen Patienten nicht nur wächst, sondern diese auch länger im Krankenhaus bleiben als früher.

Die Konzentration auf den stationären Bereich verwundert nicht, da auch fast die gesamte ambulante fachärztliche Versorgung über Krankenhäuser erfolgt. Niedergelassene Fachärzte gibt es hingegen nur sehr wenige. Die Zahl der ambulanten Behandlungen an den Krankenhäusern wächst seit 2009 stetig. Außer den Ärzten in den Krankenhäusern gibt es 3.500 niedergelassene Hausärzte, über die ein großer Teil der Versorgung läuft.

Eine stärkere Position als etwa in Deutschland haben die Pflegekräfte. Sie verfügen über eine einheitliche Bachelor-Ausbildung und einen großen gewerkschaftlichen Organisationsgrad, was ihren Forderungen hohe politische Schlagkraft verschafft.

Die Superkliniken

Die völlige Neugestaltung der Krankenhauslandschaft ist Kern der Reform. Mit deutlich weniger Standorten soll eine höhere Versorgungsqualität als bisher erreicht werden. 1987 existierten noch 97 selbständige Krankenhäuser im ganzen Land, 2010 waren es dann 28 Krankenhauseinheiten an 72 Standorten.

Das Programm zur Errichtung der Superkrankenhäuser umfasst Neu- und Umbauten im ganzen Land. Von den 16 Großprojekten sind sechs komplett neue Häuser. Sie entstehen in Aalborg, Gødstrup, Aarhus, Odense, Hillerød und Køge, zum Teil auf der grünen Wiese, zum Teil direkt an Autobahnzufahrten. Investitionen in diesem Bereich scheinen sinnvoll, da die

meisten dänischen Krankenhäusern aus den 60er und 70er Jahren stammen, oft mit Vier-Bett-Zimmern als Standard.

Nun sollen spezialisierte medizinische Leistungen an wenigen Standorten angeboten werden. Damit verbunden ist der inhaltliche Anspruch, flexible Arbeitsabläufe möglich zu machen, neueste Technik einzusetzen und einheitliche Versorgungsstrukturen zu schaffen. Zu den Vorgaben der Zentralregierung zählt unter anderem, dass nur noch moderne Ein-Bett-Zimmer gebaut werden. Das soll unter anderem die Gefahr von Infektionen weiter senken. Zudem steige so die Patientensicherheit, während das Selbstmanagement unterstützt werde. Das wiederum dürfte nicht allen Patienten gefallen und einigen auch unmöglich sein. Gerade für sie geht es dann um eine gute Qualität der ambulanten Nachsorge. Die Innovationen schließen neben Hightech-Systemen Komponenten wie die Ökobilanz oder eine »heilende Architektur ein. Auch der Farbwahl in den Krankenzimmern oder individuell frisch zubereitetem Essen werden große Bedeutung beigemessen.

Wenn die Regionen einen Zuschuss von 60 Prozent für ihre Neu- und Umbauten in Anspruch nehmen wollen, müssen sie auch Entscheidungen über Krankenhausschließungen mittragen. Größtes Hospital des Landes ist bisher das Rigshospitalet in der Hauptstadt Kopenhagen mit 1.200 Betten. 8.300 Beschäftigte versorgen hier die Kranken. Ein Patientenhotel für bis zu 76 Krebskranke aus dem ganzen Land steht bereit. Diese Einrichtungen existieren auch an anderen Kliniken, sie stehen für alle gesetzlich Krankenversicherten offen. Gleichrangige private Krankenversicherungen existieren in Dänemark nicht.

Im Großraum Kopenhagen werden in Zukunft vier der großen Krankenhäuser angesiedelt sein, neben dem Rigshospitalet findet sich ein weiteres in dem Vorort Hvidovre. Letzteres versorgt jährlich mehr als 80.000 Patienten stationär, eine weitere halbe Million ambulant. Der jetzt dort geschaffene Neubau vereint verschiedene Fachrichtungen an einem Ort, 1.000 Mediziner arbeiten hier an 800 Betten. Die Wege für Patienten und Angestellte werden kürzer. Auch in Aarhus wird eine neue supermoderne Universitätsklinik entstehen, eine ganz neue Krankenhausstadt für 4.000 Patienten (jährlich 100.000), für die dann insgesamt 9.000 Mitarbeiter da sind. Es handelt sich dabei um das größte derartige Bauvorhaben in Nordeuropa. Bis 2025 soll in Dänemark die Zahl der Notfallabteilungen in Kliniken von heute 40 auf 21 sinken. Jedes dieser »Joint emergency departments« wird dann für 300.000 bis 350.000 Einwohner zuständig sein. Die Patienten sollen nicht länger als im Schnitt 48 Stunden dort verbringen.

Die durchschnittliche Verweildauer in den dänischen Krankenhäusern liegt schon heute bei 3,4 Tagen. Dänemark nimmt damit den europäischen Spitzenplatz ein. Deutschland verzeichnet, trotz ebenfalls schon gesunkener Liegezeiten, 7,8 Tage. Einer der Unterschiede zwischen beiden Ländern ist jedoch, dass in den dänischen Kliniken deutlich mehr Personal arbeitet als in den bundesdeutschen. Bei einer ähnlichen Konzentration in der Bundesrepublik, die immer wieder von verschiedener Seite angemahnt wird, darunter von der Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften, gäbe es einen ähnlichen Vorteil. Das jetzt vorhandene Personal könnte in größeren Einrichtungen zusammenarbeiten, die bestehenden Engpässe, vor allem in der Pflege, ließen sich mindestens zum Teil beheben.

Zu einem möglichst kurzen Verbleib in den Hospitälern trägt in Dänemark ein sogenannter Flowmaster bei. Ärzte in dieser Funktion sind in jeder Schicht im Einsatz. Zusammen mit einer Pflegekraft mit Hochschuldiplom sorgen sie für einen reibungslosen Aufenthalt der Patienten in der Klinik, also ein zügiges Abarbeiten aller Diagnose- und Therapieschritte. Wer jemals in Deutschland ein oder zwei Tage auf eine eigentlich geplante Operation warten

musste oder stundenlang in zu dünner Krankenkluft vor einer Röntgenabteilung saß, ganz zu schweigen von der immer wieder verschobenen Fertigstellung des Entlassungsbriefes – der kann sich gut vorstellen, wie sich durch derartige Pannen oder fehlende Kapazitäten die Verweildauer im Durchschnitt unnötig ausdehnt.

Die hohe Effektivität der dänischen Krankenhäuser ist aber nur möglich, weil viele Probleme außerhalb gelöst werden. So hat sich die Zahl der ambulanten Eingriffe seit Beginn der Reform mehr als verdoppelt. Rehaeinrichtungen wurden ebenfalls massiv ausgebaut.

Wollte die Bundesrepublik eine ähnliche Konzentration in der klinischen Versorgung erreichen, müssten auch hier auf jeden Fall Leistungsbereiche zusammengefasst werden. Die Einführung von Mindestmengen bei bestimmten Eingriffen geht – wenn auch nur langsam – in diese Richtung.

In Dänemark gibt es aktuell 2,5 Krankenhausbetten pro 100 Einwohner, in Deutschland sind es sechs Betten. Wollte man hierzulande eine ähnlich niedrige Zahl erreichen, wären je nach Berechnungsgrundlage nur zwischen 130 und etwas mehr als 300 Akutkliniken nötig, statt der bestehenden 1.500. Da die Diskussion aber schon vor jeder nur angedeuteten Krankenhausschließung an heftigen lokalen Widerständen scheitert, scheint ein so drastischer Eingriff in die Struktur in Deutschland kaum möglich.

Viel E-Health für wenig Geld

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens folgt in Dänemark einer konsequenten Strategie mit längerem Vorlauf. Schon seit 1977 verzeichnet ein nationales Patientenregister alle Klinikaufenthalte. 1994 wurde begonnen, ein einheitliches System unter Einbindung der Pharmahersteller zu entwickeln.

Seit 2003 ist die Webseite sundhed.dk online. Über dieses staatliches Internetportal kann jeder Einblick in seine passwortgeschützte, vollständige elektronische Patientenakte nehmen. Dies ist auch den behandelnden Ärzten möglich. Außerdem sind Pflegekräfte, Therapeuten und Apotheker darüber vernetzt. Die Webseite greift auf bereits bestehende elektronische Akten und Daten zurück. Der laufende Betrieb kostet 9,5 Millionen Euro pro Jahr. In Deutschland wurden im Vergleich dazu in mehr als zehn Jahren mehr als 2,2 Milliarden Euro für eine einfache Variante der elektronischen Gesundheitskarte ausgegeben, die nicht mehr kann, als die Stammdaten der Patienten zu speichern und ein Passbild zu tragen.

In Dänemark ist für den Zugang der Professionellen zu den Daten eine doppelte Autorisierung nötig. Dass die Einwohner in der Frage der Datensicherheit »relativ risikobereit« sind, hebt nicht nur Henriksen von Healthcare Denmark hervor. Die Offenheit für neue Technologien hat zum Teil auch mit der Benutzerfreundlichkeit zu tun, die bei den Neuerungen zwingend zum Design gehört. Hinzu kommen ähnlich hohe Datenschutzbestimmungen wie in Deutschland. Die Patienten können der Freigabe ihrer Daten auch widersprechen. Enthusiastisch äußern sich viele Gesundheitsmanager und -politiker des Landes über die Möglichkeiten von Big Data. Die Daten der Bevölkerung seien quasi von der Wiege bis zur Bahre zugänglich und auszuwerten. Die Verbreitung von Krankheiten ließe sich so über Generationen verfolgen, die Forschungsergebnisse auf dieser Basis seien sehr sicher.

Mit der bei Geburt vergebenen Identifikationsnummer werden folgende Informationen erfasst: Krankheiten, mikrobiologische Befunde, verwendete Medikamente, Impfungen, Laborergebnisse, Gewebeproben, Bildung, Familienstand, Wohnort und Beruf. Diese Daten

werden nicht nur den Akteuren des Gesundheitswesens zugänglich gemacht, sondern auch der Forschung und der Industrie. Als Vorteil wird unter anderem angeführt, dass sich auf dieser Basis Medikationskosten senken ließen. Die Listenpreise für Arzneimittel liegen in Dänemark bei 83 Prozent des Wertes, der von den Krankenkassen in Deutschland erstattet wird.

Die meisten Patienten und Hausärzte jedenfalls schätzen das Portal sundhed.dk. Rezepte werden ohnehin fast nur noch online an die Apotheken gesendet, Termine können auf diesem Wege ebenfalls vereinbart werden. Schon lassen sich Hausärzte über ein Tele-Monitoring-System auch von zu Hause aus konsultieren. Die Informationen, die diese Mediziner auf elektronischem Wege erreichen und von ihnen gespeichert werden, sind auch weiterhin ausschließlich ihnen selbst zugänglich – eine Ausnahme im Gesamtkonzept.

E-Health soll in den Krankenhäusern dazu beitragen, mit weniger Betten mehr Qualität zu erreichen, etwa durch schnellere Diagnostik und sofort beginnende Behandlung. Die neuen Kliniken zeichnen sich deshalb durch eine umfassende elektronische Vernetzung aus. Das gilt für Betten, Rollstühle und medizinische Ausrüstung sowie deren Bestand, Reinigung, Verteilung und Wartung. Ebenso sind Ärzte, Schwestern und Therapeuten untereinander vernetzt. Die Beschäftigten sollen keine Arbeitszeit mehr mit Laufen und Suchen verschwenden. Die involvierten Techniker und Programmierer wollen durch dieses »tracking and tracing« mehr Zeit für Patienten gewinnen. Die Gewerkschaften stimmten dem Personaltracking unter der Bedingung zu, dass die Daten nach 24 Stunden gelöscht werden.

Eine besondere Rolle spielt die Digitalisierung bei der Notfallversorgung. Über eine zentrale Rufnummer je Region wird über freie Kapazitäten der Klinikambulanzen informiert. Stellt das Callcenter jedoch anhand einer Befragung nach medizinischen Leitfäden fest, dass ein Hausarztbesuch am nächsten Tag ausreichen würde, wird der zuständige Mediziner informiert. Die Zahl der Arzt-Patientenkontakte konnte auf diese Weise um etwa zehn Prozent gesenkt werden. Mitunter kommt es noch zu Fehlentscheidungen der Krankenschwestern im Callcenter. Verteidiger des Systems meinen jedoch, dass auch die ärztliche Diagnostik nicht fehlerfrei sei.

Die Rettungswagen sind digital mit den Kliniken des Landes und den Notärzten dort verbunden. Bei Herzinfarktverdacht wird sofort ein EKG im Rettungswagen geschrieben. Die Daten gelangen ohne Verzögerung in die Klinik, von dort kann auch ein Arzt in das Fahrzeug zugeschaltet werden. Unterwegs wird der Patient bei Bedarf auch medikamentös schon so vorbereitet, dass in der Klinik sofort ein kardiologischer Eingriff erfolgen könnte. Die Anfahrt kann allerdings bis zu 120 Kilometer lang sein. Die Sterblichkeitsrate in Dänemark bei Herzinfarkten ist jedoch schon deutlich geringer als in Deutschland, vor allem wegen der hohen Spezialisierung der Kliniken. Selbst Hvidovre mit seinen 800 Betten behandelt keine Schlaganfall- und Herzinfaktpatienten. Diese müssen in der Region Kopenhagen alle in das Rigshospitalet gebracht werden.

E-Health-Lösungen sind außerdem unverzichtbar für die Versorgung der Patienten in ihrer häuslichen Umgebung, bis hin zur Rehabilitation nach Klinikaufenthalt. Zum Ziel der Reform gehört denn insbesondere für die Altenpflege die Aufforderung »Bleiben Sie zu Hause!« Hans Erik Henriksen von Healthcare Denmark begründet das mit der Tatsache, dass eigentlich niemand im Krankenhaus sein will. Offenbar haben die Dänen schon akzeptiert, dass nur die Schwerkranken in Kliniken versorgt werden.

Konsequent ist die dänische Digitalisierungsstrategie auch insofern, als zum Beispiel Smartphones in der aktuellsten Gerätegeneration aktiv einbezogen werden. Erfolgreich ist das

Vorgehen wohl deshalb, weil Doppelstrukturen vermieden werden, die Anwender sich austauschen und die Kommunen einbezogen sind. Nicht zuletzt ist die Erfassung der Patientenmeinung zur Behandlungsqualität insgesamt ein Faktor, der die Akzeptanz erhöht.

Ungelöste und neue Probleme

Bei aller Begeisterung haben unsere nördlichen Nachbarn jedoch auch mit Vorbehalten und Hindernissen zu kämpfen. So wünschten unter anderem die Regionen und die Ärzte eine stärkere Beteiligung an der Ausgestaltung der Reform. Die Regionen erachten zudem den finanziellen Rahmen für die Projekte als zu eng bemessen. Budgets und Bauzeiten wurden gelegentlich bereits überschritten. Da sich insgesamt die verfügbare Krankenhausfläche verringert, muss der vorhandene Platz effizienter genutzt werden. So wurde etwa befürchtet, dass die reduzierte Bettenzahl zu überfüllten Kliniken führen könne. Der Spielraum für Pufferzonen oder Lagermöglichkeiten verringert sich.

Zwölf Prozent der Bevölkerung müssen in Zukunft mehr als 30 Kilometer zum nächsten Krankenhaus fahren. Mehr als 70 Prozent der Dänen sind nach einer Umfrage nun doch angesichts künftig längerer Wege besorgt. Dem wird entgegengehalten, dass es jetzt ja auch Hubschrauberdienste gebe. Die erwähnten Patientenhotels wurden jedoch zum Teil schon wieder eingespart.

Die Kritik der Allgemeinärzte richtet sich vor allem gegen die größere Arbeitsbelastung, weil sie die immer kürzeren Krankenhausaufenthalte durch intensivere Vor- und Nachsorge kompensieren müssen. Die Beschäftigten in den Krankenhäusern klagen zum Teil über einen regelrechten Kontrollwahn, weil alle Behandlungsschritte nachvollziehbar gemacht werden müssen. Und obwohl die Wartezeiten bei den Fachärzten schon reduziert wurden, bleiben offenbar noch Lücken für private Krankenhäuser. 1,9 Millionen Dänen haben inzwischen eine private Zusatzversicherung – oft als sogenannte Arbeitgeberleistung gewährt – die ihnen noch kürzere Wartezeiten vor Behandlungen ermöglicht, als sie das staatliche System gewährleistet. Etliche Ärzte nehmen Nebenjobs in Privatkliniken auf, und so gibt es zumindest im kleinen Rahmen auch in Dänemark eine Zweiklassenmedizin.

Literatur:

- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie: Zielmarktanalyse zum Thema Gesundheitswirtschaft 2016 in Dänemark, Berlin, September 2016
- Wolfgang Deiters: Krankenhaus 4.0. Was Kliniken vom dänischen »Superhospital« [lernen können](#)
- Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Aha-Erlebnis im Land der Meerjungfrau. In: *Gesundheit und Gesellschaft. Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft*, Ausgabe 9/2017, S. 36 ff.
- Andreas Knudsen: Schwieriger Kurswechsel im Norden. In: *Neues Deutschland*, 28.9.2017
- Telematik [ganz ohne Karte](#). Ärztezeitung, 17.5.2017

Ziel: Gläserner Patient

Gesundheitsministerium veröffentlicht Entwurf für E-Health-Gesetz. Es soll Privatunternehmen Geschäfte mit sensiblen Daten ermöglichen

Von Sebastian Watzek

Kommt das Gesetz wie vom Gesundheitsminister gewünscht, können Privatfirmen mit Produkten wie der Apple Watch, die Konzernchef Tim Cook im September 2014 präsentierte, intime Informationen für ihre Zwecke nutzen

Foto: EPA/MONICA DAVEY

Seit 1. Januar 2015 gilt die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verbindlich für alle gesetzlich Krankenversicherten. Dennoch besitzen rund zwei Millionen von ihnen keine eGK. Viele fürchten, ihre Daten könnten in falsche Hände gelangen. Auch aus der Ärzteschaft gibt es Widerstand. Technische Pannen und ungeklärte Rechtsfragen verzögern das eGK-Projekt mit der »Telematikinfrastruktur« (TI) im Hintergrund seit 2006 zusätzlich.

Damit soll jetzt Schluss sein. Am 13. Januar wurde der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zum »E-Health-Gesetz« bekannt. Er sieht nicht nur die »zügige Einführung nutzbringender Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte« vor. Die Bundesregierung plant ebenso, den Widerstand von Gegnern zu brechen und der Privatwirtschaft Zugang zu Patientendaten zu ermöglichen. Die Telematikinfrastruktur soll demnach »für weitere Anwendungen im Gesundheitswesen und für weitere Leistungserbringer« geöffnet werden. Damit setzen Lobbyisten der IT-Industrie eines ihrer zentralen Anliegen durch. Bleibt dieser Punkt im Gesetz, könnten künftig private Firmen wie Apple mit den Produkten iHealth oder Apple Watch Patientendaten nutzen, um damit Profite zu machen.

Hürden für interessierte Unternehmen gibt es kaum. So muss die Betreibergesellschaft von eGK und TI, die Gematik GmbH, einen neuen Anbieter »auf Antrag« zulassen, wenn er nachweist, dass seine Dienste »funktionsfähig, interoperabel und sicher« sind. Kann er das nicht, sieht das Gesetz Ausnahmen und befristete Genehmigungen für nicht zugelassene Komponenten und Dienste vor. Firmen hätten dem Gesetz nach sogar einen Anspruch auf Zulassung, wenn sie sich vertraglich verpflichten, »die Rahmenbedingungen für Betriebsleistungen der Gesellschaft für Telematik einzuhalten«.

In Zukunft dürfen Unternehmen Teile der TI nutzen, konkrete Anwendungen aber nur außerhalb der Infrastruktur betreiben. Es ist möglich, dass Firmen Patientendaten dann über die TI entschlüsseln und anschließend auf ihre eigenen Computersysteme übertragen. Gleichzeitig wird das Zwei-Schlüssel-Prinzip abgeschafft. Ein Zugriff auf medizinische Daten des jeweiligen Patienten sollte ursprünglich nur in dessen Anwesenheit und mit seiner eGK möglich sein. Jetzt heißt es: »Es besteht Einigkeit bei allen Beteiligten, dass die Telematikinfrastruktur auch für weitere Anwendungen im Gesundheitsbereich ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte genutzt werden soll.« Damit ginge die Kontrolle der Patienten über ihre Krankheitsdaten völlig verloren, was dem anfänglichen Konzept der eGK widerspricht. Gegner der Karte wie der Chaos Computer Club und die Initiative »Stoppt die e-

Card« warnten wiederholt, es lasse sich später nicht mehr kontrollieren, was mit den sensiblen Daten der Patienten geschehe, wenn erst gesetzliche und technische Tatsachen geschaffen seien. Die Kritiker befürchten, dass das Bekanntwerden von Krankengeschichten zur Diskriminierung vieler Patienten führen könnte.

Unterdessen ist sogar der europaweite Handel mit Krankheitsdaten absehbar. Nach dem Willen der Regierung soll die Gematik in Zukunft »Aufgaben auf europäischer Ebene wahrnehmen« und an »grenzüberschreitenden elektronischen Gesundheitsdiensten« mitarbeiten. Um Akzeptanz für laut Gematik eines der »größten und anspruchsvollsten IT-Projekte der Welt« zu schaffen, wurden Versicherte und Ärzte jahrelang falsch informiert. So beteuerten Befürworter bisher immer, die TI habe keinen zentralen Charakter. Aus dem Plan für das neue Gesetz geht jedoch hervor, dass sie »zukünftig die zentrale elektronische Infrastruktur im Gesundheitswesen sein wird«. Mit dem vagen Begriff Telematikinfrastruktur bezeichnet die Betreibergesellschaft ein geplantes Computernetzwerk zwischen Ärzten, Apothekern, Kliniken, Krankenkassen und privaten Betreibern von Rechenzentren, in denen die mit Hilfe des Internets übertragenen Krankheits- und Behandlungsdaten der Patienten gespeichert werden.

Einstweilen ohne weitere Verwendung: Pipelineteilstücke, vorgesehen für die South-Stream-Trasse, liegen in Serbien herum

Foto: Marko Djurica/Reuters

Mit dem E-Health-Gesetz baut die Bundesregierung weiteren Druck auf, um den Ausbau des eGK-Projekts und die Erwirtschaftung von Gewinnen schneller zu ermöglichen. Der Entwurf setzt das Motto »Wer blockiert, zahlt« von Gesundheitsminister Hermann Gröhe um, das er in einem Gastbeitrag in der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* vom 13. Januar 2015 ausgab. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der Krankenkassen drohen Kürzungen ihrer Budgets, wenn sie Vorgaben und Fristen zum weiteren Ausbau des Projekts nicht einhalten.

Patienten ohne eGK müssen ebenfalls mit Sanktionen rechnen. Sie konnten bisher auf das Papierersatzverfahren ausweichen, um beim Arzt behandelt zu werden. Um »Verweigerer« dennoch zur eGK zu drängen, kostet der entsprechende Beleg von der Krankenkasse zukünftig jedes Mal fünf Euro.

Siehe zum Thema auch Beitrag des Autors in *jW* vom 5.1.2015, Seite 12/13

Big Data – Big Business

Die elektronische Krankenversicherungskarte ist da. Die Daten der Kassenpatienten sind schlecht geschützt, die Gesundheitsindustrie will aber mit ihnen Geld machen.

Von Sebastian Watzek

Zentrale und massenhafte Speicherung von Gesundheitsdaten ist die Hauptsache. Ohne sie können Adressenhändler und Pharmakonzerne keinen Gewinn daraus schlagen (sinnbildlich hier das Rechenzentrum der Telekom AG in Biere in Sachsen-Anhalt, 1.7.2014)

Foto: Jens Wolf/dpa

Ab 1. Januar 2015 gilt die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verbindlich für alle Krankenversicherten. Die Testphase für die Funktionen dieses Ausweises wird aber voraussichtlich erst im Oktober 2015 beginnen. Alte Karten können trotzdem nicht mehr beim Arzt verwendet werden, selbst wenn das aufgedruckte Gültigkeitsdatum über den 1. Januar hinausreicht. Das beschlossen die Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte sowie der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen. Dennoch darf der Arzt Patienten nicht ablehnen, wenn sie nachweisen können, krankenversichert zu sein.

Ursprünglich sollte die neue Karte bereits 2006 eingeführt werden. Ungeklärte Rechtsfragen, technische Pannen und Widerstand von Kritikern haben das milliarden schwere Projekt neun Jahre verzögert. Letztere fürchten nach wie vor, sensible Krankheitsdaten könnten in falsche Hände gelangen.

Zwei Millionen noch ohne eGK

»Es wird hier ein riesiger Honigtopf in den Wald gestellt. Und man muss dann natürlich Schilder aufhängen ›Achtung, Braunbär – nicht an den Honig rangehen!‹« So fasste im Oktober 2014 Dr. Axel Brunngraber auf der Konferenz »Medizin statt Überwachung« seine Befürchtungen über das geplante IT-System rund um die elektronische Gesundheitskarte zusammen. Der Arzt aus Hannover, der die riesige Datensammlung mit einem Honigtopf vergleicht, an den der Braunbär »Privatwirtschaft« heranwill, um Geschäfte zu machen, steht stellvertretend für viele Kollegen, die das Projekt wegen Datenschutzbedenken ablehnen. Insbesondere die kaum sichtbare sogenannte Telematik-Infrastruktur im Hintergrund ruft vielfach Kritik hervor.

Politiker, Krankenkassen und die beteiligte Informationstechnik- bzw. IT-Industrie verweisen dagegen seit Jahren auf die Vorteile, welche die eGK Versicherten und Medizinern biete: Ärzte könnten Behandlungen und Medikamente besser aufeinander abstimmen, da sie mit der eGK Zugriff auf die vollständige Behandlungsakte hätten. Das Risiko, Patienten doppelt zu behandeln, werde deutlich reduziert. Die verbesserte digitale Kommunikation zwischen Praxen, Kliniken und Apothekern helfe Papier sparen und Kosten zu senken. Ein aufgedrucktes Foto des Inhabers könne vor Missbrauch der Versichertenkarte schützen. Vor

allem aber dürften die Patienten selbst entscheiden, wer welche ihrer medizinischen Daten in welchem Umfang speichert.

Geschätzte drei Prozent der Krankenversicherten besitzen noch keine eGK. Das sind rund zwei Millionen Menschen. Viele davon fürchten um die Sicherheit ihrer Patientendaten. Sie führen an, dass nicht die Karte das eigentliche Problem sei. Obwohl der Eindruck oft vermittelt wird, werden Krankheitsdaten nicht auf der Karte gespeichert. Statt dessen werden sie über das Internet übertragen und an zentraler Stelle – die Rede ist von zwei oder drei Rechenzentren an bisher geheimen Orten – gesammelt und gespeichert. »Es entsteht eine undemokratische Machtfülle, die einzigartige Gefahren und Optionen für die Zukunft bereithält«, meint Rolf Lenkewitz. Der Münchener IT-Experte analysierte gemeinsam mit zahlreichen Informatikern ehrenamtlich mehrere tausend Dokumentenseiten, auf denen die von der SPD-Grünen-Bundesregierung 2004 beauftragte Gematik GmbH das IT-Projekt technisch beschreibt. »Für mich war der Auslöser, mich mit dem Projekt zu beschäftigen, vor drei Jahren, dass ich erste Hinweise bekommen habe auf ein zentrales Einheitsprojekt«, erklärt Lenkewitz. »Mich hat gestört, dass ein Onlinezwang ausgeübt wird, ohne Alternativen und Wahlfreiheit für die Ärzte. Die müssen sich anschließen, man kann es nicht verweigern. Ebenso wenig kann man die elektronische Gesundheitskarte als Versicherter verweigern. Und das bedeutet für mich einen Verlust von Demokratie.« Lenkewitz schließt, dass ein riesiges Vernetzungsprojekt realisiert werde, in dem alle medizinischen Daten jedes Patienten zentral gespeichert sind.

Professor Dr. Arno Elmer ist Geschäftsführer der Betreiberfirma Gematik GmbH, die 2005 als Vereinigung von Krankenkassen, Pharma- und Gesundheitsindustrie gegründet wurde, um die elektronische Gesundheitskarte und die Telematik-Infrastruktur zu entwickeln und zu betreiben. Auf dem Deutschen Ärztetag Ende Mai 2014 versicherte er: »Es gibt keinen zentralen Server. Niemand baut einen zentralen Server. Wir tun es nicht. Auch wenn es seit zehn Jahren erzählt wird, wir tun es einfach nicht.« Auf Nachfrage der Partei Die Linke stellte die Pressestelle von Gematik allerdings klar, dass auch Fachanwendungen in Planung sind, die eine »Speicherung an zentraler Stelle erforderlich machen würden«. Die Bertelsmann-Tochter Arvato Systems GmbH teilt mit, sie habe sich »im Ausschreibungsverfahren durchgesetzt und ist von der Gematik GmbH mit dem Aufbau der zentralen Infrastruktur beauftragt worden«. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI), das Gematik in deren Auftrag zu Fragen der IT-Sicherheit berät, stellt nüchtern fest: »In der zentralen Telematik-Infrastruktur-Plattform werden medizinische und Sozialdaten durchgeleitet« und diese »unter Nutzung potentiell unsicherer Transportnetze« übertragen.

Auf der eGK selbst werden lediglich die Stammdaten des Versicherten gespeichert. Das sind Name, Anschrift, Versicherungsnummer, Angaben zur Krankenkasse sowie zu Versicherungs- und Zuzahlungsstatus.

Krux: Datensicherheit

Die Krankenkassen teilen mit, dass sich die neue Karte im wesentlichen nicht von der alten unterscheidet und Datenschutzbedenken unangebracht seien. Kritiker halten dagegen, die Karte sei tatsächlich ein Minicomputer, der als Schlüssel für den Zugang zu weiterreichenden Patientendaten, wie der vollständigen elektronischen Behandlungsakte, konzipiert ist. Vergleichbar mit einem Bankschließfach, bei dem Kunde und Bankmitarbeiter jeweils einen eigenen Schlüssel benötigen, um an den Inhalt des Fachs zu gelangen, sollen Patienten mit der eGK und Ärzte mit ihrem Heilberufsausweis gemeinsam über das Internet auf zentral gespeicherte Daten zugreifen. Wenn einer der beiden Partner seine Karte verliert oder die PIN

vergisst, wären alle bis dahin erfassten Medizindaten des Betroffenen unwiderruflich verloren. Aber es existieren Kopien der Schlüssel bei der Informationstechnischen Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG GmbH), um bei Bedarf verlorene Karten ersetzen zu können. Alles andere würde im praktischen Betrieb zu viele Probleme verursachen, meinen Informatiker. Die Schlüsselkopien stellen jedoch ein weiteres erhebliches Sicherheitsrisiko dar. Wem es gelingt, sich Zugang zu ihnen zu verschaffen, hat potentiell Zugriff auf hochsensible Krankendaten von 70 Millionen Krankenversicherten. Der Chaos Computer Club weist zudem darauf hin, dass die ITSG GmbH nicht ausreichend organisatorisch getrennt gehalten sei, um einen Zugriff auf die Patientenakten durch Behörden oder Krankenversicherungen mit absoluter Sicherheit ausschließen zu können.

Das Bindeglied zwischen Praxiscomputern und Internet ist der bisher wenig bekannte »Konnektor«. Lenkewitz fand heraus, dass sich dieser spezielle Router sogar fernsteuern lässt. Außenstehende könnten unbemerkt Zugriff auf die Computer der Arztpraxen bekommen. Somit werden auch vertrauliche Daten unsicher, die ausschließlich lokal auf den Rechnern der Ärzte gespeichert sind.

Alle Patientendaten seien in der Telematik-Infrastruktur sicher, beteuern Politiker, Krankenkassen sowie die Betreibergesellschaft Gematik. Die Informationen werden mit anerkannten Verfahren verschlüsselt, und zudem entscheide der Patient, welche seiner Daten der Arzt überträgt und speichert. Skeptiker überzeugt das nicht. Denn ein derzeit vielleicht noch sicheres Verschlüsselungsverfahren könne, wie Erfahrungen zeigen, früher oder später geknackt werden. Ein Diebstahl von Patientendaten lasse sich in dem Fall vermutlich nicht verhindern. Bereits jetzt teilt das BSI mit, dass die Verschlüsselungsverfahren der eGK zunehmend unsicher werden. Es existieren daher Pläne von der Betreiberfirma, die rund 70 Millionen Karten der ersten Generation voraussichtlich 2017 oder 2018 komplett zu ersetzen. Geschätzte 800 Millionen Euro, welche allein die Ausgabe der aktuellen Karten kostete, können dann für die Krankenkassen und damit für ihre Versicherten ein weiteres Mal anfallen. Bei den zukünftigen Karten werden Patientendaten mit der Methode der elliptischen Kurven verschlüsselt. Ein Verfahren, für das der US-amerikanische Geheimdienst NSA Lizenzen besitzt.

Foto: Reuters

Datenschutzforderungen unerfüllt

»Krankheitsdaten wird man nicht mehr los!« warnt Christoph Kranich von der Verbraucherzentrale Hamburg, die als einzige dieser 16 bundesweiten Einrichtungen von der eGK abrät. »Wenn ich Vorstrafen bekanntmache in der Welt, dann werde ich nie mehr einen Arbeitsplatz kriegen, nie mehr eine Versicherung bekommen. Und noch mehr gilt das für Krankheiten.« Wer welche medizinischen Unterlagen einsieht, könnte schwer kontrollierbar sein. Man denke an die zwei Millionen Personen aus den unterschiedlichsten Bereichen des Gesundheitswesens – Apotheker, Mitarbeiter von Kliniken und Krankenkassen sowie weitere Heilberufler –, die Zugang zu den Datenbanken erhalten. Informatiker weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass bis zu 70 Prozent aller erfolgreichen IT-Angriffe von deren eigenen Mitarbeitern begangen werden.

Hartmut Pohl ist Professor für Informatik und Präsidiumsmitglied der Gesellschaft für Informatik (GI). Im Interview mit dem *Tagesspiegel* vom 6. Januar 2014 rät er davon ab, Krankheitsdaten zentral zu speichern. »Die organisierte Kriminalität kennt die Techniken der Geheimdienste auch. Die könnten nun beispielsweise versuchen, an die Daten von rund

80.000 AIDS-Kranken in Deutschland heranzukommen. Und dann mal schauen: Wer davon ist bedeutend? Wen kann ich erpressen?« Wie die GI lehnt auch der Chaos Computer Club die eGK seit vielen Jahren ab, da die hohen Anforderungen an den Datenschutz nicht erfüllt sind, die von Patienten und Ärzten erwartet werden. Beide Organisationen schlagen vor, medizinische Informationen alternativ auf dezentralen Medien zu speichern, etwa auf einem USB-Stick, den der Versicherte zusätzlich zur Speicherkarte bei sich trägt. Das wird jedoch von den Verantwortlichen des eGK-Projekts abgelehnt. **Der Selbstversuch eines Redakteurs von RP online zeigt, wie einfach jemand an Gesundheitsdaten von fremden Menschen gelangen kann. Nur mit dem Wissen des Namens und der Versichertennummer kaperte ein beauftragter Datenschutzexperte den Onlinezugang des Redakteurs zu dessen Krankenkasse. Der »Angreifer« konnte sämtliche Arztbesuche, Diagnosen, Behandlungsmethoden und Operationen einschließlich Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte des Journalisten einsehen.** Über das Onlineportal ließ er sich zusätzlich eine eGK mit seinem Foto an die zuvor geänderte eigene Adresse schicken. Mit der gestohlenen Identität des Redakteurs und der gefälschten Karte hätte er anschließend ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen können.

Die elektronische Gesundheitskarte ist vom Gesetzgeber wie ein Personalausweis oder Pass als Identitätsnachweis vorgesehen. Dieser Anspruch erfordert aber deutlich höhere Sicherheitsmaßnahmen. Zu dem Ergebnis kommt Dr. André Zilch, Geschäftsführer der LSc LifeScience Consult GmbH: »Sie (eine Person; S. W.) täuschen eine falsche Identität vor, und das wird vom System überhaupt nicht bemerkt.« Gemeinsam mit der Rechtsanwältin Dr. Franziska Meyer-Hesselbarth hat Zilch ein Rechtsgutachten veröffentlicht. Darin wird belegt, dass die eGK nicht die notwendigen Anforderungen an einen Identitätsnachweis erfüllt. Aktuell könne die eGK mit jedem beliebigen Foto versehen werden. Es gebe keine Instanz, welche die Identität eines Versicherten zweifelsfrei feststellt. Zilch weist Ärzte darauf hin, dass sie sich möglicherweise unbewusst und ungewollt wegen Verletzung von Privatgeheimnissen strafbar machen können. »Alle Verschlüsselungstechniken und die sechsstellige PIN sind sinnlos, sollten die eGK nicht zweifelsfrei den Versicherten zugeordnet werden. Wenn man nicht sicher weiß, wer eine eGK vorlegt, dann ist es auch egal, ob verschlüsselt wird oder nicht.«

Profite für die IT-Industrie

Die Betreiber der Telematik-Infrastruktur legen besonderen Wert auf die Onlinefunktionen der Karte: Notfallversorgungsdaten, Rezept, Arztbrief, Patientenakte, Leistungs- und Kostendaten sowie das Versichertenstammdatenmanagement. Sie versprechen sich an dieser Stelle einen wirtschaftlichen Nutzen. In einer Studie des US-amerikanischen Technologieberaters Booz Allen Hamilton aus dem Jahr 2006 zur Kosten-Nutzen-Analyse von eGK und Telematik-Infrastruktur heißt es: »Der Hauptnutzen resultiert aus den freiwilligen Anwendungen. (...) Aufgrund des großen Nutzenpotentials sollten die freiwilligen Anwendungen möglichst frühzeitig eingeführt werden.« Und es sollte »mit der Erarbeitung der Spezifikation der Anwendungen »elektronische Patientenakte« und »elektronischer Arztbrief« mit großer Priorität umgehend begonnen werden.« Können die freiwilligen Anwendungen – also Kartenfunktionen über das Stammdatenmanagement hinaus – nicht wie geplant verwertet werden, droht dem Projekt laut Studie unter Umständen ein Verlust von sieben Milliarden Euro. Das sind Kosten, für die am Ende die Versicherten mit ihren Beiträgen aufkommen. Kritiker vermuten deshalb, dass die freiwilligen Funktionen durch kurzfristig geänderte Gesetze verpflichtend werden könnten, um den wirtschaftlichen Erfolg des Systems nachträglich zu gewährleisten. Als Beispiel nennen sie das elektronische Rezept, dessen Eintragung entgegen ursprünglichen Planungen nicht mehr freiwillig sein soll, sondern bereits in diesem Jahr Pflicht wird.

Die IT-Industrie setzt entsprechend auf Lobbyarbeit. Britta Böckmann ist Professorin für Medizinische Informatik an der Fachhochschule Dortmund und war davor als Beraterin bei dem international tätigen Wirtschaftsprüfer PricewaterhouseCoopers tätig. Zu diesem Firmennetzwerk gehört das Unternehmen Strategy&, das wirtschaftlich von der Telematik-Infrastruktur profitiert. Vor dem Bundestagsausschuss »Digitale Agenda« teilte Böckmann mit: »Ob es dann praktikabel ist, dass zum Beispiel Zugriffe auf Patientendaten nur im Beisein des Patienten mit gleichzeitig gesteckter Karte erfolgen sollen, werden die Testregionen zeigen.« Gleich darauf forderte sie, die Telematik-Infrastruktur für Anwendungen – wie iHealth der US-Firma Apple oder der Apple Watch – zu öffnen, die »nicht unmittelbar mit der Gesundheitskarte interagieren«. Der schleswig-holsteinische Datenschutzbeauftragte Thilo Weichert widersprach laut dem Internetportal *heise.de*. Die Apple Watch sei »der ungeschützte Raum, den man sich überhaupt vorstellen kann«. »Den würde ich nicht in dieses System integrieren.« Es handelt sich um »Daten, die für die Betroffenen schicksalhaft sind und von denen für diese ein hohes Diskriminierungsrisiko ausgeht.« Weichert lehnt eine privatwirtschaftlich organisierte Gesundheitsinformationstechnik ab. »Die Bereitstellung von (...) Gesundheitsdaten für Zwecke der Versorgungsplanung und zur Herstellung demokratischer Transparenz des Gesundheitswesens ist eine staatliche Aufgabe.«

Die Gewinninteressen der Privatwirtschaft an eGK und Telematik-Infrastruktur seien offensichtlich, meinen die Gegner und verweisen auf die Liste der am Projekt beteiligten Firmen, darunter die Arvato Systems sowie Strategy&. Letztere war eine Tochtergesellschaft von Booz Allen Hamilton, die den Whistleblower Edward Snowden beschäftigte und durch ihre enge Zusammenarbeit mit der NSA sowie als militärischer Dienstleister für das US-Verteidigungsministerium bekannt wurde. Arvato Systems ist über ihre Tochter AZ Direct GmbH einer der bundesweit größten Anbieter im Adresshandel. Der Arvato-Mutterkonzern Bertelsmann arbeitet mit der Deutschen Post zusammen und vermarktet Umzugsadressen aus Nachsendeaufträgen. Nicht nur Arvato dürfte als potentieller Anbieter von Patientendaten profitieren. Auch Käufer dieser Informationen, etwa Pharmakonzerne, könnten mit der gezielten Auswertung von Behandlungsdaten ihre Produkte gewinnoptimiert vermarkten.

Auch cloud4health – ein Unternehmen, das sichere Speicherungen im Internet entwickeln will – hat Interesse an den Medizindaten. Der Verbund von Kliniken, Forschungsinstitutionen und Universitäten wirbt für die »Datenschutzkonforme Sekundärnutzung strukturierter und freitextlicher Daten mittels Cloud-Architektur«. Im Klartext heißt das, Medizindaten für Zwecke weiterzuverwenden, für die sie ursprünglich nicht vorgesehen waren. »In cloud4health werden medizinische Routinedaten, die wichtige Informationen über die Patientenversorgung enthalten, zusammengeführt und ausgewertet«, heißt es im Tagungsband »Telemed 2013«.

Datenschützer sehen insgesamt das Prinzip von Datensparsamkeit und Datenvermeidung verletzt. Diese Ansicht teilt das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel nicht. Im vergangenen November verhandelte es in dritter Instanz die Klage eines Versicherten, der mit eGK und Telematik-Infrastruktur sein Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung eingeschränkt sah. Das BSG urteilte, das Recht auf informationelle Selbstbestimmung gelte nicht schrankenlos. Bei der elektronischen Gesundheitskarte sei der Eingriff in dieses Recht »durch überwiegende Allgemeininteressen gerechtfertigt«. Was unter solchen Interessen zu verstehen sei, ließ es allerdings offen. Die Aktivisten, die das Telematik-Infrastruktur-Projekt ablehnen, planen nun, das Bundesverfassungsgericht anzurufen, und hoffen dort auf eine Entscheidung im Sinne des Datenschutzes und der Datenvermeidung.

Seit einigen Wochen wächst der Druck auf Versicherte ohne eGK. Kassenärztliche Vereinigungen verteilen Plakate an Arztpraxen, auf denen mit Privatrechnung gedroht wird, wenn Patienten ab 1. Januar 2015 keine eGK vorlegen. Dem ist aber nicht so, ließ sich Kathrin Vogler, Gesundheitsexpertin der Linksfraktion im Bundestag, von der Bundesregierung bestätigen. Darauf, dass der Anspruch auf ärztliche Versorgung auch weiterhin ohne eGK gesichert ist, wiesen Elke Steven vom Komitee für Grundrechte und Demokratie in Köln und der Rechtsanwalt Jan Kuhlmann in Interviews mit der *jungen Welt* (11.11. und 11.12.2014) hin. Die Frage, wie er nachgewiesen werden kann, sei zweitrangig. Dies kann durch ein Ersatzverfahren geregelt werden, wie es der Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) vorsieht. Dabei bestätigt die Krankenkasse den Leistungsanspruch auf Papier, per Brief oder Fax an die Arztpraxis. Die alternativen Belege stellen die Kassen oftmals nur zögernd und auf entschiedene Nachfrage aus. Ob der schriftliche Nachweis für einen längeren Zeitraum oder nur für einen einzelnen Arztbesuch gilt, hängt von der jeweiligen Krankenkasse ab. Für Versicherte ohne eGK kann das künftig erheblich mehr Aufwand bei der Organisation ihrer gesundheitlichen Bedürfnisse bedeuten. Allerdings wirke diese Form des Protests gegen eine zentrale elektronische Speicherung medizinischer Informationen deutlich, sind Aktivisten überzeugt.

Sebastian Watzek ist Diplomingenieur und lebt als freier Journalist in Berlin.

Gläserne Patienten

Hintergrund. Zur Umgestaltung des Gesundheitssystems mit Hilfe der elektronischen Gesundheitskarte

Von Elke Steven

Mit der elektronischen Gesundheitskarte droht das Arztgeheimnis ausgehebelt zu werden (in einer gestellten Szene wird einer Patientin ein »eRezept« ausgestellt, September 2004)

Foto: AP

Mit großem Aufwand und unter Zwang soll noch in diesem Jahr die elektronische Gesundheitskarte eingeführt werden. Sie ist ein wichtiger Hebel zur Standardisierung und weiteren Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung: Patientendaten sollen auf zentralen Servern gespeichert und bürokratisch verwaltet werden, der Datenschutz droht ausgehebelt zu werden.

Gegen diese Pläne der Bundesregierung regt sich allenthalben Widerstand. Ein soeben erschienener Sammelband, herausgegeben vom Komitee für Grundrechte und Demokratie e.V., bietet eine Fülle von Hintergrundinformationen zur ärztlichen Praxis, zu Entwicklungslinien im Gesundheitssystem,

zum Schutz und zur Gefährdung von Patientendaten und liefert somit solide Argumente für Protest und Widerstand. Wir veröffentlichen aus dem Band eine gekürzte Fassung des Einleitungsbeitrags von Elke Steven.

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 Orwell'schen 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 Patienten 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 jeder Arzt potentiell jederzeit – gemeinsam mit dem Patienten– 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). 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, so daß 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.

Komplikationen und Proteste

Zwar war immer vorgesehen, daß diese Daten von den Patienten 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 Patienten als auch Ärzte vergaßen ihre den Zugang sichernden sechsstelligen 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 Organisationen¹, 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 Patienten mit den bei den Kassen gespeicherten Daten beim Arztbesuch regelt. Mit dem Stammdatenabgleich soll der Aufbau eines zentralen Informationsnetzes mit Gesundheitsdaten aller Kassenpatienten befördert werden. Das Recht des Patienten, selbst zu bestimmen, welche Daten zentral zugänglich gespeichert werden, wird schon in diesem Datenabgleich mißachtet. Denn zu den Stammdaten gehören auch medizinische Informationen, 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. Anderenfalls 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. Anderenfalls 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. Des weiteren gewöhnt diese Praxis des Datenabgleichs Patienten und Ärzte 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.«²

Divergierende Interessen

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 durch Datenübermittlung in verschiedenen Systemen Zugang zu den Krankeninformationen zu erhalten. In letzter Zeit mehren sich allerdings die Zeichen, daß auch ihr Interesse an der eGK schwindet.³ 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. 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« ist angesichts mächtiger Lobbygruppen kaum möglich.

Die eGK – ein Heilmittel?

Wenn es um Kritik am gegenwärtigen Gesundheitssystem geht, dann spielen die Interessen der Patienten kaum eine Rolle. Eher noch werden sie 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 und in Zukunft gar nicht mehr bezahlen, wenn nicht grundlegende Veränderungen eingeleitet würden. Die sich umkehrende Alterspyramide führe zu andauernden Kosten»explosionen«. Die Patienten in der Bundesrepublik Deutschland besuchten zu oft die Ärzte, sie wollten zu oft und zu teure Medikamente verschrieben bekommen. Im Kontext der Argumentationen zur elektronischen Gesundheitskarte kommt die Begründung hinzu, die Krankenkassen machten immense Verluste, weil sich Patienten mit falschen Versichertenkarten Behandlungen erschlichen. Um dies zu verhindern, seien identifizierende Paßfotos notwendig. Die Kommunikation unter den Ärzten und zwischen Ärzten und Krankenhaus wird als zu langsam bezeichnet. Die angewendeten Kommunikationstechnologien entsprächen nicht mehr den technischen Standards. Kommunikation mit den Patienten wie unter den »Heilberuflern« 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 Bruttosozialprodukts bewegt, sind also nicht »explodiert«, sie bewegen sich im Bereich von 10,1 und 10,6 Prozent 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 Arzt-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 Patienten ausgerichtet ist.

Seit Jahren gibt es Bestrebungen, das Gesundheitssystem und das Arzt-Patienten-Verhältnis 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 bekannte Intoleranzen anzeigen könne – vorausgesetzt, Patienten 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«. Die Barmer Ersatzkasse teilte ihren Versicherten mit: »Modernste Kommunikationstechnik und somit ein besserer Daten- und Informationsaustausch unter allen an der Behandlung des Patienten beteiligten Akteuren ermöglichen kürzere Behandlungs- und Ausfallzeiten. Kranke Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden schneller wieder gesund und trotzdem optimal versorgt.« Die Vorteile, von Leistungstransparenz bis zur Eigenverantwortung der Patienten, werden immer wieder behauptet. Nicht debattiert wird jedoch darüber, wer wen kontrollieren kann und wie die Patienten 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

Von der drohenden Digitalisierung der Patienten profitieren vor allem Gesundheitsindustrie und IT-Branche (Proteste gegen das »Sparpaket« der Bundesregierung, Berlin, 26.11.2010)

Foto: Christian Ditsch/Version

- 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?

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 Arzt und Patient und eine 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 seien 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 eine erneute Erfassung der Daten bei den Krankenkassen überflüssig werden. Neben Fragen der praktischen Umsetzung stellen sich vor allem solche nach den Interessen, diese Daten ebenfalls zentral zu speichern und auszuwerten. Auch die Medikamente beinhalten Informationen über den Gesundheitszustand von Patienten.

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 macht 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 (Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich) wird durch die eGK erleichtert. Patienten werden lebenslanglich 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 der Patient ihre Löschung beantragt. Aus dem Medikamentenverbrauch eines Patienten über einen Zeitraum von etwa einem Jahr wird man alle wesentlichen Schlüsse auf ihren Gesundheitszustand ziehen können.

Druck auf die Ärzte

Die eGK wird eine erweiterte Profilbildung über Versicherte und Ärzte 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 Patienten 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. Patienten sind von ihren Krankenkassen unter Druck gesetzt worden, sich daran zu beteiligen. Auf Ärzte, die die Programme kritisch beurteilen, wurde direkter und über die Patienten 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 Patienten 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 selbst bestimmenden Bürger, die als leidende und ratsuchende Patienten zum Arzt kommen, Kenntnis über Aussagefähigkeit und Nutzen der Daten haben? Welcher Arzt 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 den Arzt 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 SozialgesetzbuchV 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«⁴ übermitteln.

Können die Daten von Patienten mit Hilfe der eGK »sicher« gespeichert werden? Skepsis, ob eine solche Sicherheit angesichts sich rasant entwickelnder Technologien zu gewährleisten ist, muß bei allen Datenschutzmaßnahmen bleiben. Für Patienten 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 (Information und Kommunikation) zu

informationellen Nerven des Gesundheitssystems ausbauen. Maximierung des Gewinns von IT-Industrie wie Gesundheitsökonomie sind die die Entwicklung gestaltenden Elemente.

Anmerkungen

1 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

2 Lux, Vanessa, »Man muß ja kein Foto an die Kasse schicken«, In: Gen-ethischer Informationsdienst, Nr. 203, Dezember 2010

3 Vgl. Kuhlmann, Jan, »Einleitung – was bisher geschah«, In: FIF (Forum InformatikerInnen für Frieden und gesellschaftliche Verantwortung e.V.: Die neue elektronische Gesundheitskarte – The same procedure as every year?; Auflage 2010, S. 16

4 vgl. FIF 2010, a.a.O., S. 12

Elke Steven ist Soziologin und organisiert seit sechs Jahren die Arbeitsgruppe »Gesundheit« beim Komitee für Grundrechte und Demokratie; sie ist Mitherausgeberin des jährlichen »Grundrechte-Reports«

aus: Komitee für Grundrechte und Demokratie e.V. (Hg.), Digitalisierte Patienten – verkaufte Krankheiten. Elektronische Gesundheitskarte und die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens, Köln 2011, 193 S., brosch., 12 Euro (Bezug über www.grundrechtekomitee.de), ISBN 978-3-88906-136-2