

Die Gesundheitskarte – Der Patient/die Patientin im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik?!

1. Der Werdegang der elektronischen Gesundheitskarte

Als Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Bundestages ist es für mich nicht leicht, alles zu verfolgen, was sich heutzutage rund um die Gesundheitskarte tut.

Im Jahre 2003 hat der Deutsche Bundestag mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) die rechtliche Grundlage zur Einführung einer Telematik-Infrastruktur geschaffen, deren erster Schritt die elektronische Gesundheitskarte und der Heilberufsausweis (HBA) sind (§ 291a SGB V). Die Einzelheiten für die Ausgestaltung wurden der Selbstverwaltung übertragen. Kurz vor der vorgezogenen Neuwahl des Bundestages wurde im Juni 2005 das „Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen“ verkündet, mit dem die bereits zu Beginn des Jahres gegründete Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) nachträglich eine rechtliche Grundlage erhielt. Im September 2005 nahm das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) eine Ersatzvornahme vor. Hintergrund dürfte gewesen sein, dass es den Gesellschaftern der gematik nicht gelungen war, Beschlüsse mit der notwendigen Zweidrittelmehrheit zu fällen.

Die ursprünglich zum 1. Januar 2006 geplante flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte steht weiterhin aus.

Derzeit drängen die Kanzlerin und die Bundesgesundheitsministerin auf die Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte, verfolgen einen zwar gestreckten, dennoch „ehrgeizigen“ Zeitplan. Ärzte- und Patientenverbände verbreiten dieser Tage unablässig Erklärungen, die höchste Skepsis und Sorge ausdrücken. Was ist los mit dem Vorhaben Gesundheitskarte?

Der Ausschuss für Gesundheit versucht, „am Ball“ zu bleiben. Anfang Juni befragten wir die Regierung nach dem Stand der Umsetzung, auch hinsichtlich der Erprobung in den sieben Testregionen. Das Bundesministerium berichtete, dass nach derzeitiger Planung,

- die eGK dieses Jahr für die industrielle Massenproduktion freigegeben wird
- damit die technischen Voraussetzungen geschaffen werden, dass die Krankenkassen ihre Versicherten mit der eGK ausstatten können und
- über die 7 Testregionen hinaus keine weiteren Massentests stattfinden sollen.

Die Gesundheitspolitiker/innen meiner Fraktion, der Fraktion DIE LINKE, besuchten letzte Woche die gematik-Geschäftsstelle in Berlin, Ende Juli fahren wir in die Testregion Zittau. Direkt ist das Parlament als Gesetzgeber aber nicht mehr mit der elektronischen Gesundheitskarte befasst.

Meines Erachtens bietet die zeitliche Verzögerung für die Kritikerinnen und Kritiker die Möglichkeit, sich zu Wort zu melden und mögliche Schwachpunkte zu benennen. Nicht jede Kritik ist direkt, da versteckt sich hinter der beklagten Störung des Arzt-Patienten-Verhältnis auch die befürchtete unzulängliche Anschubfinanzierung, hinter dem vermeintlich ungenügenden Datenschutz die mangelnde Kenntnis im Detail.

Ich hatte über die Gesundheitskarte nicht mit zu befinden. Da ich nicht technikfeindlich bin, schaue ich jetzt unvoreingenommen, wie das Gesetz umgesetzt und das oberste Ziel unseres Gesundheitssystems gewahrt bleibt, der Patientin, dem Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung zuteil werden zu lassen.

Mit aller Deutlichkeit möchte ich sagen: Auch wenn das Projekt der Gesundheitskarte dem ursprünglichen Zeitplan deutlich hinterhinkt – Qualität geht vor Schnelligkeit. Bei diesem Projekt geht es um höchst sensible medizinische Daten: Nicht nur der Missbrauch dieser Daten, auch schon ein ausufernder, unbegrenzter Gebrauch könnte eine Verletzung der Intimsphäre und der Persönlichkeitsrechte des jeweiligen Versicherten bedeuten.

2. Zentrale Zielsetzungen

Die zentrale Zielsetzung ist, die Patientinnen und Patienten an die Vernetzung des sich immer stärker digitalisierenden Gesundheitswesens anzubinden. Die Mitgliedsländer der Europäischen Union verfolgen bei diesem Vorhaben unterschiedliche Ansätze. Die Bundesrepublik hat sich für das Projekt der elektronischen Gesundheitskarte entschieden, um langfristig das Ziel einer sektorenübergreifenden Datenspeicherung zu verwirklichen. Die hierfür angestrebte Einführung einer Elektronischen Patientenakte soll in einem einzigen Datensatz wichtige Dokumente wie Befunde, Röntgenbilder oder Arztbriefe bündeln, die die Patientin/der Patient in Absprache mit der Ärztin/des Arztes einstellen kann. Allein dieses Beispiel führt deutlich vor Augen, dass sich das Projekt der Gesundheitskarte im Spannungsfeld zwischen der als erforderlich angesehenen Modernisierung der Kommunikation im Gesundheitswesen einerseits und der Gewährleistung der Selbstbestimmungsrechte der Patientin/des Patienten andererseits bewegt.

Welche Chancen und Risiken bietet also die zunehmende Digitalisierung des Gesundheitswesens für die Patientinnen und Patienten? Glaubt man den Versprechen von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, soll die elektronische Gesundheitskarte die Eigenverantwortung von Patientinnen und Patienten stärken, ihre Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten fördern, die Verfügbarkeit der Daten sowie die Therapiesicherheit des behandelnden Arztes verbessern, unnötige Mehrfachuntersuchungen vermeiden und die Zusammenarbeit der beteiligten Leistungserbringer stärken.

3. Wie patientenorientiert ist das Gesundheitswesen gegenwärtig?

Ansatzpunkt ist für mich, dass kein technisches Hilfsmittel, auch nicht eine elektronische Gesundheitskarte, strukturelle Defizite beseitigen kann. Sie ordnet sich in die bestehenden Strukturen ein, lässt sie effizienter oder beschwerlicher werden.

Mitentscheidend für eine erfolgreiche Therapie ist die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten. Die Patientenzufriedenheit ist damit mehr als ein „Wohlfühl-Aspekt“. Neben begünstigenden psychologischen und emotionalen Effekten ist für den größeren Therapieerfolg ausschlaggebend, dass bei einer hohen Zufriedenheit ärztliche Verordnungen besser befolgt werden.

Doch welche Aspekte können die Patientenzufriedenheit positiv beeinflussen?

Nach Angaben einer aktuellen Studie zählen hierzu insbesondere, dass die Ärztin/der Arzt auf die jeweiligen Erwartungen der Patientin/des Patienten eingeht, im Rahmen eines ausführlichen Gesprächs sowohl das körperliche als auch das psychische Wohlergehen erfragt und sie/ihn letztendlich auch in die Entscheidung bei der Auswahl der richtigen Therapie einbezieht. Für die Stärkung von aktiver Mitwirkung und Partizipation sollten die Leistungserbringer ihre Patientinnen und Patienten ermutigen, Fragen zu stellen, und Raum bieten, ihre Gefühle mitzuteilen.

Die Realität sieht in den meisten Fällen anders aus: Im Vordergrund steht die Diagnostik, körperliche Untersuchungen oder die Verschreibung von Medikamenten, ohne dass mit den Patientinnen und Patienten ausführlich über ihre Situation geredet oder über die Wirkungen der Medikamente ausreichend bzw. in verständlicher Form aufgeklärt wird. Zentrale Ursache hierfür ist, dass der eben skizzierten wünschenswerten Ausgestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses hinderliche Bedingungen entgegenstehen. Die politische Gestaltung des Gesundheitswesens erfolgt seit Jahren wegen vermeintlicher Kostenexplosion in erster Linie unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Neben den permanenten Kostendämpfungsmaßnahmen seit den 1970er Jahren erfolgte mit der Einführung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen ein Systemwechsel mit weitreichenden Folgen für die Patientinnen und Patienten, die Leistungserbringer und Finanzierungsträger: Übergeordnetes Ziel ist Ausgabenbegrenzung.

Die Erfahrungen nach gut einem Jahrzehnt verstärkter wettbewerblicher Ausgestaltung des Gesundheitswesens zeigen, dass wir einerseits einen Wettbewerb um die erwünschten Versicherten erleben mit der Konsequenz, dass die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen zunimmt. Andererseits werden Patientinnen und Patienten verstärkt zu Kundinnen und Kunden, in deren Folge die Verantwortung für die Risiken und Belastungen medizinischer Behandlungen auf die Patientinnen und Patienten verlagert werden. Ein Patient ist aber kein Kunde, der sich auswählen kann, was er kauft, ob er kauft, ein Patient braucht Hilfe, ohne wenn und aber.

4. Die elektronische Gesundheitskarte „als ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Lebens- und Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten“ (Ulla Schmidt)?

Welchen Beitrag kann die elektronische Gesundheitskarte – insbesondere in ihrer letzten Ausbaustufe – zur Verbesserung der Lebens- und Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten leisten?

Betrachten wir zunächst die zentralen Eckpunkte der elektronischen Gesundheitskarte, bevor wir ihre möglichen Vorteile und Risiken diskutieren: Verbindlich sind die Versichertendaten, die Europäische Krankenversichertenkarte und das elektronische Rezept. Während es sich bei den eben genannten Punkten um die so genannten **Pflichtanwendungen** handelt, sieht der § 291 a SGB V auch eine Reihe **freiwilliger Anwendungen** vor. Zu diesen zählen die Daten für die Notfallversorgung, der elektronische Arztbrief, die Dokumentation der vom Versicherten eingenommenen Arzneimittel durch Ärzte und Apotheker, die elektronische Patientenakte – also die Daten über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen und Behandlungsberichte –, andere medizinische Daten wie Impfungen, Röntgenuntersuchungen sowie von den Versicherten zur Verfügung gestellte Daten wie der Hinweis auf eine Patientenverfügung.

Voraussetzung für die freiwilligen Anwendungen ist, dass die Versicherten jeweils gegenüber dem Arzt, Zahnarzt, Psychotherapeuten oder Apotheker dazu ihre Einwilligung erklärt haben. Die Einwilligung ist bei erster Verwendung der Karte vom Leistungserbringer auf der Karte zu dokumentieren, die Einwilligung ist jederzeit widerruflich und kann auf einzelne Anwendungen beschränkt werden (§ 291a Absatz 3 SGB V). Zudem können die Versicherten entscheiden, welche Daten sie welchem Leistungserbringer zugänglich machen. Nach Einführung der Karte stehen zunächst die Pflichtanwendungen als auch die Notfalldaten und die Arzneimitteldokumentation zur Verfügung; die weiteren Anwendungen werden schrittweise eingeführt.

Befürworterinnen und Befürworter der Gesundheitskarte versprechen sich von der Einführung der Gesundheitskarte insbesondere eine größere Informationstransparenz, in deren Folge es nunmehr auch für Patientinnen und Patienten leichter werden soll, einen Einblick in ihre Daten zu erhalten. Wer in welcher Form auf die Daten zugreifen darf, ist gesetzlich geregelt. Für den Zugriff auf einige Daten ist ein Heilberufsausweis notwendig. Ob in diesem Fall die Ärztin/der Arzt zwingend anwesend sein muss, ist eine zurzeit noch offene Frage. Für die Patientinnen und Patienten ergibt sich hierüber die Chance, mögliche Behandlungsfehler leichter aufdecken zu können.

Mit diesen besseren Informationsmöglichkeiten geht eine größere Verantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit sowie der Abwehr möglicher Risiken im Hinblick auf die Datensicherheit einher. Zu den erhofften Vorteilen zählt des Weiteren, Fehlbehandlungen und Doppeluntersuchungen zu verhindern. Hierfür müssten jedoch alle Daten in der elektronischen Patientenakte gespeichert werden. Wie passt diese Vorbedingung mit dem Recht der Patientinnen und Patienten, Teile ihrer gespeicherten Daten sperren oder löschen zu können, zusammen?

Das ausführliche Gespräch zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient bleibt weiterhin von zentraler Bedeutung. Die Gesundheitskarte kann lediglich die Arbeitsgrundlage für die Ärztinnen/Ärzte verbessern, indem sie ihnen Anhaltspunkte für konkrete Nachfragen liefert. Es wird befürchtet, dass das vertrauensvolle Gespräch zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient infolge der Gesundheitskarte weiter „verkümmert“. Nämlich dann, wenn die Ärztin/der Arzt sich zu stark auf die angezeigten Daten – nicht zuletzt wegen der Prüfung der Datenlage – konzentriert und dabei die Patientin/den Patienten im wahrsten Sinne des Wortes aus dem Auge verliert und ihm das Gefühl der "Nebensächlichkeit" vermittelt. Hinzukommen könnte, dass die Patientin/der Patient in einer belastenden Krankheitssituation nicht mit der Frage nach einer möglichen Speicherung der Daten konfrontiert werden möchte, sondern in erster Linie eine ausführliche Aufklärung über seinen Gesundheitszustand erwartet. Die Unzufriedenheit dürfte infolgedessen weiter zunehmen. Befürchtet wird weiter, dass der Ärztin/dem Arzt bei der Anamnese wichtige Informationen verloren gehen, wenn das Verhalten, Gestik und Mimik, die Sprache der Patientin/des Patienten nicht ausreichend berücksichtigt werden und die Hintergründe der Krankheiten verborgen bleiben.

Mit der Einführung verbunden ist die freiwillige Arzneimitteldokumentation, die einen Überblick über alle an den Versicherten abgegebenen Arzneimittel bieten soll. Hiermit verbunden ist die Hoffnung, Mehrfachverordnungen sowie mögliche Medikamenten-Kreuzreaktionen und Unverträglichkeiten wie Allergien erfassen zu können, indem die Ärztin/der Arzt einen vollständigen Überblick erhält. Zu fragen ist, wie die Selbstmedikation erfasst wird. Apotheker beklagen zunehmend mangelnde Kenntnisse bei

Ärztinnen und Ärzten zu Neben- bzw. Wechselwirkungen von Medikamenten. Hier hilft also die Gesundheitskarte nicht weiter, sondern es sind entsprechende Änderungen in der Aus- und Weiterbildung erforderlich.

Meines Erachtens ist die Frage zu diskutieren, ob die Gesundheitskarte einen verpflichtenden Hinweis auf einen Organspendeausweis enthalten sollte. Angesichts der großen Diskrepanz zwischen Bedarf in der Transplantationsmedizin und der Organ-Spendenbereitschaft ist dies ein Vorschlag, der einer eingehenden Prüfung bedarf. Zugleich könnte ein solcher Vermerk Angehörige von der schwierigen Entscheidung entbinden, ob Organe entnommen werden dürfen.

Im Sinne der Versicherten ist es, mögliche Einsparpotentiale im Gesundheitswesen zu erschließen. Mit der Gesundheitskarte könnten sich insbesondere Einsparungen bei der Bearbeitung von Rezepten erzielen lassen, die unter jetzigen Bedingungen vom Ausstellen eines Rezepts bis hin zur Abrechnung mit der Krankenkasse bis zu sieben Bearbeitungen benötigen. Ein relevanter Posten, wenn man bedenkt, dass jährlich ca. 700 Mio. Rezepte anfallen.

Voraussetzung für die elektronische Patientenakte ist, dass jede Ärztin/jeder Arzt parallel seine eigene Patientenakte elektronisch führt bzw. weiterführt. Schließlich muss gewährleistet werden, dass hierüber beispielsweise gelöschte Dateien auf der eGK wiederhergestellt werden können. Die Einführungskosten der Gesundheitskarte dürften weitaus höher ausfallen als vom BMG bisher mit 1,7 Mrd. Euro veranschlagt. Viele Ärztinnen und Ärzte haben sich gerade IT-mäßig ausgestattet; fraglich ist, ob die Technik kompatibel ist. Ob und inwieweit tatsächlich Einsparungen erzielt werden können, bleibt abzuwarten.

5. Ausblick:

Mit der elektronischen Gesundheitskarte wird sich die Rolle der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen, die berufliche Praxis aller Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere der Ärztinnen und Ärzte sowie das Arzt-Patienten-Verhältnis wandeln. In welchem Umfang und in welche Richtung sich dieser Wandel vollzieht, wird von unserer aktiven Begleitung des Einführungsprozesses abhängen, deshalb ist es auch gut, dass Kongresse, Konferenzen und Tagungen wie diese heutige stattfinden.

Statt eines Fazits am Ende möchte ich daher abschließend einige Thesen zur Diskussion stellen, die meines Erachtens in der öffentlichen Debatte nur unzureichend berücksichtigt werden:

1. **Mehr Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität - nicht allein durch die eGK!**

Die mit der Gesundheitskarte verbundene Zielsetzung, Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität der Behandlung zu verbessern, ist nicht mit der Gesundheitskarte allein zu lösen. Vielmehr steht die Politik in der Verantwortung, das Gesundheitssystem darauf auszurichten, dass die Patientinnen und Patienten endlich in den Mittelpunkt gerückt werden. Hierfür ist für mich grundlegend notwendig eine Abkehr von der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik hin zu einer aufgabenorientierten Ausgabenpolitik.

Dringend benötigen wir eine Demokratisierung des Gesundheitswesens, damit eine aktive Mitwirkung der Patientinnen und Patienten ermöglicht werden kann. Darüber hinaus sind die Arbeits- und sozialen Bedingungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen so zu gestalten, dass sie ihre Verantwortung für die Patientinnen und Patienten uneingeschränkt wahrnehmen und die Patientenwünsche stärker berücksichtigen sowie Patientenbeteiligung fördern können.

2. **Wandlung des Arzt/Patientenverhältnisses – wohin?**

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wird die Beziehung zwischen Hilfesuchenden Patientinnen/Patienten und behandelnden Ärztinnen/Ärzten grundlegend wandeln. Die zentrale Frage ist jedoch, ob durch die notwendige Einwilligung der Patientin/des Patienten in die Speicherung seiner Daten im Rahmen der freiwilligen Anwendungen die Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient einen höheren Stellenwert erhält. Die Gesundheitskarte könnte einen Anreiz bieten, auf schnellem Wege Informationen zu erhalten und dem persönlichen Gespräch einen noch geringeren Stellenwert zukommen zu lassen. Meines Erachtens wird die Verbesserung des Arzt/Patienten-Verhältnisses nicht allein über die Einführung der Gesundheitskarte zu erreichen sein. Vielmehr müssten die Ärztinnen und

Ärzte strukturell in die Lage versetzt werden, intensiver auf ihre Patientinnen und Patienten eingehen zu können.

3. Diskussion um „mündige/n Patientin/en“

Mit der elektronischen Gesundheitskarte hat die Diskussion über den eigenverantwortlichen, „mündigen Patienten“ wieder an Bedeutung gewonnen. Es ist jedoch zu bezweifeln, ob die Gesundheitskarte die Patientinnen/die Patienten dazu befähigt, die Asymmetrie im Kenntnisstand zu überwinden. Solange keine allgemein verständliche Form der Niederschrift gewählt wird, bleibt ihnen der individuelle Zugang zu dem eigenen Krankheitszustand weiter verwehrt und sie sind auf das Gespräch mit der behandelnden Ärztin/dem Arzt weiter angewiesen. Eine Möglichkeit wäre, sich mit den verzeichneten Begriffen und Schlagworten durch eigene Recherche vertraut zu machen und hierüber Erkenntnisse über den eigenen Gesundheitszustand zu erzielen. Wie können aber alle Patientinnen und Patienten in die Lage versetzt werden, mit den Arztdateien überhaupt umzugehen? Wenn die Ärzteschaft Anfang Mai auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag forderte, dass das Sicherheitskonzept für die eGK umfassend, gleichwohl in einer für den technischen Laien verständlichen Gesamtbeschreibung verfasst wird, dann wünschte ich mir das Gleiche für die gespeicherten medizinischen Daten für die Patientinnen/Patienten - zumeist doch medizinische Laien.

4. mehr Aufklärung schon heute

Wesentliche Bedingung einer Modernisierung der Kommunikation im Gesundheitswesen ist, dass das besonders schutzwürdige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gewährleistet bleibt. Dabei ist zu bedenken, dass die Gewährleistung der Datensicherheit ein großes Stück Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten ist. Wir benötigen daher mehr Aufklärung und eine stärkere kritische Begleitung bei der Einführung der Gesundheitskarte. § 291a Absatz 3 SGB V sieht lediglich vor, dass die Versicherten spätestens bei der Versendung der Karte von den Krankenkassen umfassend und in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der auf ihr oder durch sie zu erhebenden, zu verarbeitenden oder zu nutzenden personenbezogenen Daten zu informieren sind. Aber auch die Politik und unabhängige Beratungsstellen für Patientinnen und Patienten sind hier gefragt. Letztere sind hierfür auch finanziell besser zu stellen. Denn nicht nur für ältere Bürgerinnen und Bürger wird es eine große Herausforderung, die komplexen Regelungen zum Gebrauch der Gesundheitskarte zu verstehen, sich mit der Technik vertraut zu machen und für die eigenverantwortliche Nutzung der Karte entsprechende Sicherheitsvorkehrungen zu treffen. Gerade in der Frage der Datensicherheit besteht unter den Bürgerinnen und Bürgern, die dem Projekt der Gesundheitskarte ohnehin nicht uneingeschränkt zustimmen, große Verunsicherung.

5. Angst vor Änderung der Nutzungsbedingungen

100-prozentige Datensicherheit gibt es weder gegenwärtig in der medizinischen Alltagspraxis – Stichwort "verbotene Faxe" – noch wird es sie unter den Bedingungen der elektronischen Gesundheitskarte geben. Allerdings zeigt die aktuelle politische Antiterror-Diskussion – Stichwort Zugriff auf Computerfestplatten – wie schnell sicher Geglaubtes in Frage gestellt wird. Insofern ist die Angst seitens der Versicherten, dass die Gefahr besteht, dass jetzt sicher gepriesene Nutzungsbedingungen im Laufe der Jahre durch politische Entscheidungen zum Nachteil der Patientinnen und Patienten geändert werden könnten, ernst zu nehmen. Der Druck auf schnelle Diagnosen in Praxen und Krankenhäuser wächst, die Erfordernisse und Begehrlichkeiten, den Versicherten seitens der Krankenkassen für Behandlungs- und Präventionsprogramme zu typisieren, steigen. Kann die Gefahr des gefürchteten „gläsernen Versicherten“ tatsächlich abgewendet werden?

Ich werde in den mir zur Verfügung stehenden Gremien des Deutschen Bundestages die schrittweise Einführung der Gesundheitskarte weiter aufmerksam verfolgen als auch kritisch begleiten. Die Datenhoheit der Patientinnen und Patienten, der Grundsatz der Freiwilligkeit und das Prinzip der informationellen Selbstbestimmung müssen auch künftig gewährleistet bleiben.