

3 Elektronische Gesundheitskarte und Selbstverwaltung – Irrungen, Wirrungen und Verwirrtheiten

Franz Bartmann

Bei dieser Darstellung handelt es sich um die sehr subjektive Wahrnehmung des Autors, der als gleichzeitig Beteiligter und Betroffener den Prozess der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte von Beginn an bis in die Gegenwart verfolgt und begleitet hat. Ihm ist dabei bewusst, dass Gründe für eine Ablehnung von Prozessen in Begleitung der elektronischen Gesundheitskarte durchaus aus zutiefst traditioneller ärztlich ethischer Verantwortung erwachsen können. Andererseits sieht er als Arzt an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung die Etablierung digitaler und transparenter Kommunikationsformen in einer zunehmend digitalisierten Umwelt für unverzichtbar.

Politische Planung und Zielsetzung

Die offizielle Zeitrechnung der elektronischen Gesundheitskarte beginnt mit Ulla Schmidt und dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2003. Dies erkennt jedoch, dass bereits seit Mitte der 1990er-Jahre in zahlreichen Regionen der Bundesrepublik mit Chipkarten zur Speicherung und Übermittlung von Gesundheitsdaten experimentiert worden war. Und bereits 1999 hatte die Amtsvorgängerin, Andrea Fischer, die Schirmherrschaft über das „Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen“ (ATG), angesiedelt bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Gestaltung im Gesundheitswesen (GVG), übernommen. Nach dem plötzlichen Ende der Ära Fischer infolge der BSE-Krise stellte Ihre Nachfolgerin Ulla Schmidt die Entwicklung einer elektronischen Gesundheitskarte als eines der größten und zentralen Projekte ihrer Ministeramtszeit vor. Einer der genannten Hauptgründe war der 2001 aufge-

deckte Lipobayskandal in dessen Folge der Hersteller „Bayer“ den Lipidsenker Cerivastatin vom Markt nehmen musste, nachdem weltweit mehr als 100 Menschen an den Folgen einer zunächst unerkannten Medikamenteninteraktion verstorben waren. Die elektronische Verordnung und in deren Folge eine Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung sollten daher auch die initialen zentralen Elemente dieses in der Tat gigantischen – und europaweit einmaligen – Telematikprojektes sein.

Noch vor der Bundestagswahl im Oktober 2002 und der Bestätigung Ulla Schmidts als Gesundheitsministerin waren die grundsätzlichen Ziele abgesteckt. Einer gemeinsamen Erklärung vom Bundesministerium der Gesundheit (BMG) und den Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens zum Aufbau einer umfassenden Telematikinfrastruktur im Mai 2002, folgte die Einrichtung der *Steuerungsgruppe Telematik im Gesundheitswesen* beim BMG zur „Nationalen Konsensbildung mit allen betroffenen gesellschaftlichen Gruppen“ im Folgemonat. Einen weiteren Monat später, im Juli 2002 wurde das Projekt durch einen formellen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz bestätigt.

Die technische Umsetzung wurde unter dem Projektnamen „BIT4Health“ (Bessere IT für bessere Gesundheit) im Auftrag des BMG vorbereitet durch ein Konsortium, dem IBM Deutschland, das Fraunhofer-Institut für Arbeitswissenschaft und Organisation, SAP Deutschland, InterComponentWare und Orga Kartensysteme angehörten. Der Vorläuferorganisation protego.net folgte Anfang 2005 dann die bis heute tätige Betreibergesellschaft „gematik“, welche im Lenkungsgremium paritätisch mit Vertretern der Spitzenorganisationen von Kostenträgern und Leistungserbringern besetzt ist.

Genau diese Festlegung auf einen gemeinsamen konsensuellen Entwicklungsprozess sollte sich in der Folgezeit als hochproblematisch erweisen. Vorstellungen und Ziele der einzelnen Gruppen sind einfach zu heterogen bis gegensätzlich mit der Folge geradezu paralytischer Prozessentwicklungsphasen in den Jahren vor und nach der gesetzlichen Einführungsfrist zum 1.1.2006. Einig war man sich allerdings zumindest in der gemeinsamen Ablehnung von daraus resultierenden staatlichen Ersatzvornahmen.

Erste Reaktionen aus der Ärzteschaft

Die ärztlichen Organisationen begrüßten zunächst die in Aussicht stehende verbesserte innerärztliche und interprofessionelle Kommunikation. Zu diesem Zwecke hatte man bereits Ende der 90er-Jahre einen elektronischen Heilberufsausweis entwickelt, auf dessen Spezifikation letztendlich dann auch die elektronische Gesundheitskarte basieren sollte. Die anfallenden monatlichen Kosten für den Zertifizierungsdiensteanbieter waren allerdings ein Einführungshindernis, da eine Refinanzierung für den Karteninhaber auch nicht im Ansatz erkennbar war. Dies schien mit der Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der damit verbundenen Finanzierung durch die Kostenträger gelöst.

Diese wiederum suchten natürlich ihrerseits nach einer Kompensation der Ihnen aufgelasteten Finanzbürde und glaubten, diese in möglichen neuen Steuerungselementen zu einer verbesserten Kostenkontrolle zu sehen. Auf die Problematik der alleinigen Finanzierung aus Versichertengeldern, die primär der Versorgung gewidmet sind, wird später noch einzugehen sein.

Nach Bekanntwerden der ersten Pläne hatte sich bei den zahlreichen regionalen ärztlichen Projektentwicklern eine wahre Goldgräberstimmung breit gemacht; zum einen in der Hoffnung, möglicherweise die eigene Entwicklungsarbeit in Form einer bundesweiten Ausrollung gewürdigt zu sehen, zum anderen aber auch, weil in jedem Falle die eigenen Ziele bestätigt- und unter neuer Obhut des Staates gut aufgehoben schienen.

Bei der großen Mehrheit der Ärzte standen dagegen nach der Verabschiedung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) 2003 ganz andere Bestandteile der Novelle des SGB V im Vordergrund. Besonders lebhaft war die Diskussion im Hinblick auf die geplante Einführung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und der damit einhergehenden Verschiebung von dem bis dahin dominanten Modell der Einzel- oder Gemeinschaftspraxis zu – auch überörtlichen – Berufsausübungsgemeinschaften und Zweit- und Mehrfachpraxen. Noch auf dem 107. Deutschen Ärztetag in Bremen im Mai 2004 war dies das beherrschende Thema. Im Rahmen des Tätigkeitsberichtes wurde die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte begrüßt und zusätzliche Funktion wie die Registrierung von Implantaten und die Patientenverfügung gefordert.

Und noch im Folgejahr, auf dem Deutschen Ärztetag 2005 in Berlin, also wenige Monate vor der geplanten Einführung zum 1.1.2006 passierte ein Vorstandsantrag, der die Chancen der Einführung betont und begrüßt, mit großer Mehrheit das Plenum.

Allerdings wurde auch erstmals ein Antrag gestellt, der viele der kritischen Fragen, die in Folgejahren die innerärztliche Diskussion dominieren sollten, thematisierte wie z.B. Fragen nach der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und einer Kosten-Nutzen-Relation. Erneut wurde auch die Aufnahme des Patientenwillens in Form der Patientenverfügung gefordert.

Formierung des Widerstandes innerhalb der verfassten Ärzteschaft

Danach kam es allerdings zu einem drastischen Stimmungsumschwung. Nicht zuletzt durch das Auftreten von Krankenkassenvertretern, die auf internen, aber durchaus auch öffentlichen Auftritten den Eindruck vermittelten, dass der eigentliche Zweck des Aufbaus der Telematikinfrastruktur eine Stärkung der eigenen Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen sei, wurde die Stimmung in der Ärzteschaft zunehmend angeheizt. Auch Äußerungen wie „... selbstverständlich werde es nach dem 1.1.2006 nur noch die elektronische Verordnung geben, da eine doppelte Vorhalte von elektronischem- und Papierrezept unwirtschaftlich sei ...“ oder „... die Papierdokumentation habe jetzt ausgedient und müsste einer reinen digitalen Dokumentation Platz machen ...“ führte zu teils panikartigen Reaktionen in der Ärzteschaft, die sich darauf auch nicht im Ansatz vorbereitet sah und mitgenommen fühlte.

Verstärkt wurde dieser Prozess, durch die Medien, die, anfangs selbst kaum informiert, jeden öffentlich zu Worte kommen ließen, bei dem man Expertise vermutete. Nicht immer spiegelte sich diese dann in den gedruckten oder gesendeten Beiträgen wider. Der Autor selbst kann sich an aufgezeichnete Interviews erinnern, die zum Sendetermin nur noch durch die Nennung des korrekten Namens und den unverkennbaren O-Ton in Satzfragmenten als von ihm getätigte Aussagen erkennbar waren. In einer konkret erinnerten Rundfunksendung zur Frage digitaler Patienten-

akten wurde, entgegen meiner im Verlauf eines fast einstündigen Interviews mehrfach versuchten Klarstellung, der Eindruck vermittelt, dass alle bereits vorhandenen Patienteninformationen aus der analogen in eine digitale Form transferiert werden müssten. Die Sendedauer betrug drei Minuten und entsprach exakt der Eingangstheze des verantwortlichen Redakteurs. Prompt erreichten mich nach dieser Sendung – teils noch handschriftlich abgefasste – Briefe besorgter bis wütender Praxisinhaber, die ihr Lebenswerk in Gefahr sahen, weil sie keine zusätzliche Dokumentationskraft würden einstellen können und mit den vorhandenen Kräften aus zeitlicher und fachlicher Begründung ein Aufwand, wie der im Radiobericht angekündigte, nicht zu schaffen sei.

Ein noch weitergehendes, in dieser Zeit geborenes und nach wie vor virulentes, Verständnisproblem betrifft die Datenspeicherung und Datenvorhaltung in digitaler Form. Die weitestgehende Suggestion war die, dass alle Patienteninformationen automatisch in einen elektronischen Speicher – Schlagwort: „zentraler Server“ – einfließen würden als Ersatz für die Datenvorhaltung am Orte ihres Entstehens. Dort wären sie dann, auch für den Arzt selbst, nur noch durch den Schlüssel auf der elektronischen Gesundheitskarte des Patienten reaktivierbar. Das sich aus dieser Sichtweise ergebende Folgeproblem wurde ebenfalls ernsthaft bis in höchste politische Gremien diskutiert und über technische Lösungen nachgedacht: die Rekonstruktion des Schlüssels bei Kartenverlust. In diesem Falle wären nämlich zwangsläufig alle Patientendaten unwiederbringlich verloren gewesen. Der ernsthafte Vorschlag, dieses Problem durch die Hinterlegung eines Komplementärsegmentes bei einem „Treuhand“, aus dem dann der Originalschlüssel wieder rekonstruierbar wäre, zu lösen, führte zu massiven und wütenden Attacken aus der Ärzteschaft und deren Verbündeten, den sogenannten Experten für IT und Datenschutz. Über diese wird auch noch zu reden sein. In deren Augen hatte sich „die Politik“ endgültig entlarvt als Moloch, der auf dem Umweg über diese Institution sich damit, entgegen öffentlichen Beteuerungen, den Zugang zu diesem Datenpool sichern würde.

Zum Sprachrohr für diese militanten Gegner hatte sich zwischenzeitlich die 2004 gegründete außerparlamentarische Ärzteorganisation die „Freie Ärzteschaft“ entwickelt, die sich als eines ihrer Hauptanliegen mit der Aktion „Stoppt die eCard“ (*ein Kampfbegriff gegen die elektronische Gesundheitskarte oder eGK*) die Verhinderung des ungeliebten Telematikprojektes auf die Fahnen geschrieben hatte und hat. Mit der Internetplattform „facharzt.de“ fanden politische Positionen, die sich explizit gegen die Gesundheitspolitik Ulla Schmidts im allgemeinen und das eCard-Projekt im Besonderen sowie die aus Ihrer Sicht zu nachgiebige Reaktion der verfassten Ärzteschaft richteten, rasche Verbreitung in weite Teile einer zutiefst verunsicherten und sich missverstanden und misshandelt fühlenden Ärzteschaft.

Rasch fanden sich dann auch aus den Bereichen Ingenieurs-, Rechts- und Publizistikwissenschaften Gesinnungsgenossen, allesamt als Experten bezeichnet, die sich gegenseitig an bevorstehenden Horrorszenarien mit Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu übertreffen suchten. Besonders exponiert stand dabei ein namentlich hier nicht benannter IT-Berater, der als wiederholter Redner auf dem Chaos Communications Congress (CCC) in Berlin ab 2004 geradezu paranoid anmutende Bedrohungsszenarien beschwor, ohne jemals den Beweis für seine grotesken Behauptungen anführen zu müssen und zu können. Bis zu kompletten Bewegungsprofilen von Inhabern der elektronischen Gesundheitskarte im Tagesverlauf gab es anschei-

nend nichts, was politisch böswilligen Mächten nicht an Motiven für das Projekt zuzutrauen gewesen wäre. Damit war er ein beliebter Gast in allen kritischen Foren bis in die tiefste Provinz.

Und bis heute findet sich in jeder Diskussion über die elektronische Gesundheitskarte und die Telematikinfrastruktur der ein oder andere Teilnehmer, der mit erhobenem Zeigefinger auf die beschworenen Drohszenarien durch massenhaften Datenmissbrauch durch z.B. Versicherer und Arbeitgeber hinweist. Dabei steht auch immer noch im Vordergrund das Schlagwort vom „zentralen Server“ oder den „Daten im Internet“ an denen sich offenbar nicht nur „der Staat“ sondern jeder Interessierte nach Gusto und Belieben bedienen kann.

Selbst der Patient muss offenbar vor sich selbst geschützt werden. Er soll zwar Herr seiner Daten sein, aber ohne darauf selbstständig zugreifen zu können. Der einzige sichere Aufbewahrungsort ist demnach nach wie vor die Arztpraxis oder das Krankenhaus, auch wenn dort die digitale Speicherung die klassische Aktenablage „zwischen zwei Pappdeckeln“ weitgehend abgelöst hat.

Deutsche Ärztetage ab 2007

In dieser Grundstimmung fand im Mai 2007 in Münster der 110. Deutsche Ärztetag statt. Erstmals waren dabei auch in Ihren jeweiligen Kammern gewählte Mitglieder der ursprünglich rein außerparlamentarischen „Freien Ärzteschaft“ vertreten. Ein „kleiner“ Tagesordnungspunkt Telematik war unter dem großen Komplex „Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer“ untergebracht. Dadurch, und die vorgezogenen Neuwahlen zum Präsidium der Bundesärztekammer, wurde dieser TOP erst am Schlusstage aufgerufen, nachdem bereits zahlreiche Delegierte abgereist waren.

Faktisch wurde mein Vorschlag aus dem initialen Sachstandsbericht, zunächst über den derzeitigen Planungs- und Entwicklungsstand zu diskutieren und darauf basierend die weiteren Schritte entscheidend mitzubestimmen, nicht einmal im Ansatz beachtet. Diskutiert wurde ausschließlich über eine Anwendung, für die die elektronische Gesundheitskarte lediglich als Sicherheitsinstrument dienen soll: die elektronischen Patientenakte. Hierzu muss man nüchtern feststellen, dass auch heute, zehn Jahre später, noch nicht die geringste Vorstellung besteht, wie diese aussehen soll, welche Speichermodalität zum Tragen kommt und inwieweit der „Herr seiner Daten“, der Patient, in den Zugangsprozess eingebunden wird.

Nach einer langen, teils hochemotional geführten Debatte, kam letztlich als weitestgehend ein Antrag mit folgender Grundaussage zur Abstimmung:

Im Interesse ... lehnt der 110. Deutsche Ärztetag die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte in der bisher vorgestellten Form ab und fordert die Einrichtung eines TOP auf dem 111. DÄT, um die Einflüsse der Telematik auf unsere ärztliche Berufstätigkeit zu behandeln.

Dieser Antrag wurde mit 111 vs. 94 Stimmen (bei ursprünglich 250 Delegierten) angenommen.

Kaum hatte ich jedoch das Podium verlassen, als ich mit einer Pressemitteilung, herausgegeben von der „Freien Ärzteschaft“, konfrontiert wurde: Der Deutsche Ärztetag lehnt die elektronische Gesundheitskarte mit überwältigender Mehrheit ab.

Dieses Grundmuster war kennzeichnend für alle nachfolgenden Ärztetage, sowohl im Hinblick auf den Diskussionsverlauf als auch auf das Abstimmungsergebnis. Aber selbst ungeachtet der desaströsen Ergebnisse der ersten Tests in den Projektregionen zwischen 2006 und 2008 ist es nie zu einer Komplettablehnung oder gar zur Aufforderung an die Bundesärztekammer, die Mitarbeit in der „gematik“ aufzukündigen, gekommen. Die Ambivalenz dieser Grundposition – prinzipielle Ablehnung aber keine Forderung nach einem Projektausstieg – kommt auch darin zum Ausdruck, dass nicht selten bei mehrheitlicher Ablehnung des Gesamtprojektes gleichwohl mit gleichen oder sogar größeren Mehrheiten Anträge mit der Forderung nach der Aufnahme ganz neuer, bis dato gar nicht angedachter, Funktionen, wie beispielsweise die Aufnahme des Impfstatus, das Plenum passierten.

Gewechselt haben jeweils die Themenschwerpunkte mit denen die Ablehnung begründet wurde. Waren es anfangs Schlagworte wie „gläserner Patient“, „Datenschutz und Datensicherheit“ standen zuletzt Fragen der Kosten-Nutzen-Relation und die bevorstehende Einführungsphase mit dem sogenannten Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) als erste Feldanwendung im Vordergrund.

Richtig ist dabei, dass mit letzterem in der Tat keine erkennbare Verbesserung der Patientenversorgung verbunden ist – falsch dagegen, dass damit Verwaltungstätigkeit der Kassen in die Arztpraxis verlagert würde. Eine Mitschuld bei der Verbreitung dieses bewussten Missverständnisses trägt dabei zweifellos der Verordnungsgeber, der durch das Wortungetüm mit dem Leitbegriff „-management“ in der Tat einen aktiven Vorgang in der Arztpraxis suggeriert. Bis heute hat sich bei vielen Ärzten die Überzeugung verfestigt, dass zu jedem Quartalsbeginn Patienten mit dem Wunsch nach Änderung seiner Stammdaten am Anmeldungstresen auftauchen würden.

Zur Historie

Ursprünglich mussten Patienten vor jedem Arztbesuch bei Ihrer Kasse einen Krankenschein beantragen, über den dann die Abrechnung der dadurch ausgelösten Leistung erfolgte. Mit dem Wechsel zur kollektivvertraglichen Regelung standen den Versicherten dann Krankenscheinhefte zur Verfügung, die 1995 durch die Krankenversichertenkarte abgelöst wurden. Anders als alle im Zahlungsverkehr benutzte Chip-Karten war mit dieser keine Identifikations- oder Validierungsprüfung möglich und vorgesehen. Die Folge waren regelmäßige Vorwürfe der Falschabrechnung, die in aller Regel durch vagabundierende Kartenduplikate ausgelöst waren. Nur sehr selten konnte Ärzten eine bewusste Manipulation und/oder Falschabrechnung nachgewiesen werden. Der lautstarken Forderung aus der Ärzteschaft nach einer technischen Lösung dieses Problems, hat der Gesetzgeber bei der Definition der Vorgaben zur Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte Rechnung getragen. Der Vorgang entspricht jetzt in etwa der Deckungsprüfung bei der Geldabhebung mit dem entscheidenden Unterschied, dass gleichzeitig die jeweils der Kasse vorliegenden aktuellen Versichertendaten auf die Karte übertragen werden. Berechtigte Befürchtungen, dass sich damit der Zeitaufwand für das Einlesen der Karte

spürbar erhöhen würde, scheinen sich aus den ersten aktuellen Ergebnissen in der Projektregion Nordwest nicht zu bestätigen. Damit stellt sich zunehmend die Frage, ob es sich bei der von der Leistungserbringerseite durchgesetzten Regelung einer lediglich quartalsweise durchzuführenden Prüfung in Wahrheit nicht doch eher um eine Art Pyrrhussieg handelt. Andererseits ginge ein theoretisch denkbarer Missbrauch im Quartalsrest dann zu Lasten der Krankenversicherung.

Reaktionen auf das eHealth-Gesetz

Die bereits oben angedeutete Problemkonstellation einer rein selbstverwaltungsinernen Lösung zeigt sich drastisch nach Inkrafttreten des eHealth-Gesetzes zum 1.1.2015 mit Fristsetzungen und Strafandrohung bei deren Nichtbeachtung. Unabhängig davon, dass Strafandrohung regelhaft deren Vermeidung mit dem geringstmöglichen Aufwand – und nicht etwa dem bestmöglichen Ergebnis – zur Folge hat, stehen plötzlich unauflösliche Konflikte zwischen konkurrierenden Rechtskreisen im Raum. Die Zweckbindung der von den Kassen erhobenen Patientengelder verhindert jegliche Form der Incentivierung oder Anschubfinanzierung, wie sie Ländern mit staatlicher bzw. Steuer finanzierter Gesundheitsversorgung selbstverständlich und erfolgreich eingesetzt worden sind. Schlimmer noch – das jüngste Scheitern der Finanzierungsverhandlungen zur Erstausrüstung der Arztpraxen lässt eine nächste Protestwelle erwarten. Denn, dass man die mit Veränderungsprozessen jeglicher Art einhergehende gefühlte Bedrohung auch noch – wenn auch nur teilweise – selbst finanzieren soll, wird Ärzten nur schwer vermittelbar sein. Andererseits ist die Zurückhaltung seitens der Kostenträger nachvollziehbar, da die mit Einführung der Telematikinfrastruktur erhofften Einsparungseffekte hinsichtlich des Zeitpunkt ihres Eintretens und ihrer Nachhaltigkeit nicht sicher kalkulierbar sind.

Fazit

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und dem damit einhergehenden Aufbau einer Telematikinfrastruktur in Deutschland stand von Beginn an unter keinem guten Stern. Einseitige Schuldzuweisungen für Hindernisse und Hemmnisse im Entwicklungsprozess sind gleichwohl in keiner Richtung gerechtfertigt. Bestehende Interessenskonflikte zwischen den vielfältigen Akteuren lassen sich eben nicht durch gesetzliche Regelungen aufheben. Vermutlich wird sich der Konflikt erst in dem Moment auflösen, wo das gesellschaftliche Benefit für alle sichtbar wird. Denn: Akzeptanz kommt von Nutzen!