

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(97)
vom 30.06.03**

15. Wahlperiode

Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN

**„Entwurf eines Gesetzes
zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)
Stand 16.06.2003**

**Stellungnahme zur öffentliche Anhörung des Ausschusses für
Gesundheit und Soziale Sicherung
am 30. Juni 2003**

**Dr. med. Dr. iur. Alexander P. F. Alexander Ehlers
Lehrbeauftragter für Medizinrecht
Ludwig-Maximilians-Universität München**

c/o

**EHLERS, EHLERS & PARTNER
RECHTSANWALTSSOCIETÄT**

Büro München:

Widenmayerstraße 29

80538 München

Tel. (089) 21 09 69 - 0

Büro Berlin:

Meineke Straße 13

10719 Berlin

Tel. (030) 8871260

Parlamentarische Beratung der Gesundheitsreform

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung zum Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“, Stand 16.06.2003 (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)

Öffentliche Anhörung am Montag, 30.06.2003, 15.00 – 17.00 Uhr:

- 1. Stärkung der Patientensouveränität und Ausbau von Rechten, Wahl und Einflussmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten,**
- 2. Prävention und Selbsthilfe,**
- 3. Verbesserung der Transparenz auf allen Ebenen und Einführung von Patientenquittungen sowie der elektronischen Gesundheitskarte,**
- 4. Datensammlungen und Datenschutz,**
- 5. Verstärkte Bekämpfung des Missbrauchs und der Korruption im Gesundheitswesen.**

Grundsätzliche Anmerkungen

Der Gesetzesentwurf und die Modernisierung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sind im Lichte der zentralen Begriffe Qualität, Wirtschaftlichkeit, solidarischer Wettbewerb und Transparenz zu sehen. Nach dem Gesetzesentwurf wird durch die Flexibilisierung und Erneuerung der Strukturen, den Abbau von Überreglementierung und Intransparenz, die Beseitigung von Schnittstellenproblemen sowie durch die Erleichterung des fach- und sektorenübergreifenden Zusammenwirkens aller Beteiligten sichergestellt, dass die Patienten künftig für ihre Beiträge eine zielgenaue Behandlung bekommen. Dabei soll vor allem auch der einzelne Patient wieder im Mittelpunkt der Betrachtung und Diskussion stehen. Die Rechte der Patienten, ihre Wahl- und Einflussmöglichkeiten werden ausgeweitet und die Patientensouveränität sowie die Entscheidungsfreiheit hinsichtlich der Wahl ihrer Versorgung gestärkt.

Obgleich die bewährten Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung - Solidarität, Sachleistungsprinzip und gleicher Leistungsanspruch für alle - beibehalten werden und zu

bezahlbaren Bedingungen auch in der Zukunft Bestand haben sollen, steht das Gesundheitssystem vor einem schon seit langem erforderlichen Paradigmenwechsel. Ein Umdenken und Umlernen aller Beteiligten im Gesundheitswesen wird daher unumgänglich sein. Exemplarisch soll hier auf die Solidarität als Grundfeste der gesetzlichen Krankenversicherung eingegangen werden. Der Solidargedanke beinhaltet zwar, dass jeder Versicherte auch in Zukunft darauf vertrauen darf, dass er im Falle einer Erkrankung die notwendige medizinische Versorgung erhält. Allerdings muss der Solidargedanke in Zukunft verstärkt auch mit der Verpflichtung zu eigenverantwortlichem Handeln verbunden werden. Die Steigerung von Effektivität und Qualität kann nur durch eine aktive und verantwortungsvolle Teilnahme sowohl der Patienten als auch der Leistungserbringer am Gesundheitswesen erreicht werden. Dies bedeutet nicht nur eine Innehabung von Rechten, sondern auch eine Erfüllung von Pflichten.

Grundlegende Voraussetzung für die zukünftige Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung ist die Stabilisierung der Rahmenbedingungen sowie die Erhaltung und Stärkung des Vertrauens zwischen Arzt und Patient.

1.

Stärkung der Patientensouveränität und Ausbau von Rechten, Wahl- und Einflussmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten

a) Stärkung der Patientensouveränität und der Patientenrechte, Wahlmöglichkeiten

Die Patientenrechte an sich sind bereits weitgehend kodifiziert, beispielsweise in der (Muster-)Berufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO). Nach § 7 hat hiernach „jede medizinische Behandlung unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte des Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Der Arzt achtet das Recht seiner Patienten, den Arzt frei zu wählen oder zu wechseln“. Jüngst - im April 2003 – wurde die Patientencharta „Patientenrechte in Deutschland“ vorgestellt. Das Dokument informiert Patienten und Ärzte über die wesentlichen Rechte und Pflichten im Behandlungsverhältnis. Es schafft

Transparenz und damit eine wichtige Grundlage für eine vertrauensvolle Kooperation von Arzt und Patient.

Darüber hinausgehend verfolgt auch der Entwurf des GMG eine Stärkung der Patientensouveränität und den Ausbau von Patientenrechten. Mehr Eigenverantwortung und eine stärkere Kostensensibilisierung des einzelnen Patienten sollen zu einer Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beitragen.

Die grundlegendsten Rechte der Patienten sind die freie Wahl des Arztes sowie der Zugang zu allen Ärzten. Diese ergeben sich bereits aus dem Persönlichkeitsrecht und dem Recht zur Selbstbestimmung. Vielfach wird jedoch den Patienten eine übermäßige Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen angelastet, sowie das sog. „Ärzte-Hopping“. Es wird zu Recht gefordert, dass die medizinische Versorgung dem notwendigen und wirtschaftlichen Maß angepasst werden muss. Ob jedoch finanzielle Barrieren, wie zum Beispiel die Einführung einer Praxisgebühr bei Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung ohne Überweisung, geeignet sind, eine verantwortungsbewusstere Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung durch die Patienten zu schaffen, scheint eher fraglich. Plädiert man für den mündigen Patienten im Gesamtkonzept eines liberalen und flexiblen Gesundheitswesens, dürfte man von einem geschärften Bewusstsein der Versicherten auch im Hinblick auf ökonomische Aspekte ausgehen.

Der Anschluss an bestimmte Versorgungsmodelle, wie zum Beispiel die DMPs, das Hausarztmodell oder die integrierte Versorgung, führen ebenfalls zu einer gewissen Einschränkung der freien Arztwahl. Hier handelt es sich jedoch um Optionsmodelle, wobei die Einschränkung durch finanzielle Anreize, zum Beispiel durch die Reduzierung der Arzneimittelzuzahlungen, ausgeglichen werden soll. Die Bedenken, dass sich gerade auch sozialschwache Patienten in die Programme gedrängt fühlen könnten, ist mit dem Recht auf freie Arztwahl nicht gänzlich in Einklang zu bringen. Kommt es darüber hinaus zu einer spürbaren Einschränkung der Inanspruchnahmemöglichkeiten von ärztlichen Leistungen, dürfte mit einer Akzeptanz durch die Patientenschaft nicht zu rechnen sein.

Die Frage der Arztwahl erlangt auch in Zusammenhang mit der geplanten Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung Bedeutung. Ein Patient, der beispielsweise kardiologisch versorgt werden muss, hat Anspruch darauf, auch in der Krankenhausambulanz entsprechend der Versorgung im niedergelassenen Bereich von

einem Kardiologen versorgt zu werden. Die Krankenhausambulanzen wären danach verpflichtet, Ärzte der entsprechenden Fachrichtung vorzuhalten, was bei der bereits jetzt bestehenden Personalunterdeckung schwierig sein dürfte. Der Patient müsste darüber hinaus, um sein Selbstbestimmungsrecht wirksam ausüben zu können, informiert werden, ob der behandelnde Arzt in der Krankenhausambulanz entsprechend kompetent ist.

Um die angestrebte Effizienzsteigerung zu erzielen scheint es grundsätzlich sinnvoller, dem Patienten statt Reglements Wahl- und Gestaltungsfreiheiten im Rahmen der GKV einzuräumen, und zwar unabhängig von der bestehenden Arzt- oder Therapiewahl. Statt einer Bevormundung der Patienten in schematisierten Versorgungsmodellen, welche keine individuelle Behandlung mehr zulassen, sollte eine weitgehende Einbindung der Patienten in Entscheidungsprozesse angestrebt werden. Im Zentrum der Liberalisierung und Flexibilisierung des Systems muss sich ein mündiger Patient befinden. Dabei wird gerade die Bereitschaft der Patienten, eigenverantwortlich tätig zu werden, oftmals unterschätzt.

Auch der Grundsatz, dass der Versicherte als Kunde der Krankenkasse, wie in anderen Bereichen auch, als informierter Marktteilnehmer Bezugsentscheidungen in der Regel preisorientiert und qualitätsbewusst trifft, findet bisher im Gesundheitswesen noch keine Anwendung. Legt man jedoch diesen Gedanken zu Grunde, entsteht zwischen den Krankenversicherern ein Wettbewerb um den Versicherten. Wählen die Patienten eine Krankenkasse aufgrund bestimmter Qualitätsanforderungen oder Preisvorstellungen, geraten die Krankenkassen unter Druck, hohe Qualität zu günstigen Preisen einzukaufen, um diese Vorteile ihren Versicherten weitergeben zu können. Effektiv wird dieses System jedoch nur dann, wenn es so transparent ist, dass die Vorgänge einzeln beleuchtet werden können. Auf diese Weise wird durch den Faktor Wettbewerb Einfluss auf die Qualität und die Kosten genommen.

Grundlage dafür ist jedoch auch, dass der Patient in der Lage ist, sich eine Vorstellung vom „Preis“ der Gesundheit machen zu können. Solange das Sachleistungsprinzip in dieser Form besteht, sind die Behandlungskosten dem Patienten völlig unbekannt und der wirtschaftliche Teil des Arzt-Patienten-Verhältnisses ist verschleiert. Der Patient, der in den letzten Jahrzehnten von einer unbegrenzten Verfügbarkeit medizinischer Leistungen ausgehen durfte, muss nun deren Endlichkeit und das Rationierungsproblem begreifen. Nur bei Kenntnis der Behandlungskosten kann ein Umdenken und das erforderliche Kostenbewusstsein entstehen. Ein Kostenbewusstsein in diesem Sinne ließe sich

bestmöglich durch die Einführung der Kostenerstattung implementieren. Zumindest wäre die Aushändigung einer Patientenquittung unter Angabe der realen Arztvergütung geeignet, zumindest die Sensibilität hinsichtlich der Kosten zu erhöhen.

In diesem Zusammenhang ist auch die Wahlmöglichkeit des Patienten hinsichtlich des Zuschnitts seiner Versorgung zu begrüßen, denn die Eigenverantwortlichkeit des Patienten sollte gerade auch in finanzieller Hinsicht zu Tage treten. Mit unterschiedlichen Optionen wie Selbstbehalt, Selbstbeteiligung, Bonus oder Beitragsrückerstattungsmöglichkeiten können Anreize für eine gesundheitsbewusste und rationale Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung gesetzt werden.

b) Einflussmöglichkeiten der Patienten

Nach dem Entwurf des GMG werden die Beteiligungsrechte von Patientenorganisationen weiter ausgebaut. Diese erhalten insbesondere bei der Erstellung der Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin und in den Bundesausschüssen das Recht zur Stellungnahme. Durch die Gewährung von Beteiligungsrechten an Entscheidungen im Gesundheitswesen sollen die Patientenrechte verbessert werden.

Problematisch scheint in diesem Zusammenhang, dass bei über 600 existierenden verschiedenen Patientengruppierungen und Selbsthilfeorganisationen schwerlich ein Vertreter gefunden werden kann, welcher die Diversifikation der Patienteninteressen in der Bandbreite der einzelnen Krankheitsbilder zu vertreten in der Lage ist. Oftmals beschränkt sich das Interesse der Patienten inhaltlich und zeitlich auf das Vorliegen einer bestimmten Krankheit. Darüber hinaus verleiht das Recht zur Stellungnahme keinen Anspruch auf eine inhaltliche Umsetzung der Patienteninteressen, sondern stellt lediglich ein qualifiziertes Anhörungsrecht dar. Damit scheint eher einer weiteren Bürokratisierung Vorschub geleistet zu werden als dass tatsächlich die Mitwirkung an Entscheidungsprozessen ermöglicht wird.

Zusammenfassung:

- ◇ Im Sinne des Patienten sind ein qualitäts- und effizienzsteigernder Wettbewerb sowie die Flexibilisierung des Vertragsrechts bei transparenten Strukturen zu begrüßen.
- ◇ Wahlmöglichkeiten für den Einzelnen über die Entscheidung, welche Versicherungsart zu welchem Tarif bezogen wird, welcher Arzt aufgesucht wird und welcher Therapie er zustimmen will, erlauben einen persönlichen Zuschnitt der Inanspruchnahme von Leistungen.
- ◇ Die Kostenerstattung ermöglicht ein preisbewusstes Agieren des Patienten im Sinne eines Qualitäts- und Kostenvergleichs.
- ◇ Durch einen Patientenschutzbeauftragten wird eine tatsächliche Mitwirkung an Entscheidungsprozessen nicht gewährleistet. Die Möglichkeit, hierdurch die Patientenrechte zu fördern, scheint in der praktischen Umsetzung eher zweifelhaft.

2.

Prävention und Selbsthilfe

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass zur Förderung der in § 20 Abs. 1 und Abs. 2 SBG V vorgesehenen Aufgaben beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ein vom Bundesversicherungsamt verwalteter Gemeinschaftsfond „Prävention und Gesundheitsförderung“ errichtet wird. Für die Finanzierung haben die Krankenkassen aufzukommen. Alternativ besteht für die Krankenkassen die Möglichkeit, zur Aufgabenerfüllung in Gemeinschaftsprojekte zu investieren. Hintergrund ist die bisherige als unzureichend empfundene Umsetzung von Primärpräventionsmaßnahmen, vgl. insbes. § 20 Abs. 2 a – c des Entwurfs.

Weiterhin wird die Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontakstellen durch die Nennung der Verbände der Krankenkassen klarstellend auf die Landes- und Bundesebene bezogen und auch hier die Bereitstellung der Mittel durch die in § 20 Abs. 4 Satz 6 des Entwurfs geregelte Verpflichtung zur Einrichtung von kassenartenübergreifenden

Gemeinschaftsfonds gewährleistet. In diesem Zusammenhang beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände über die Vergabe der Fördermittel nach Beratung mit den jeweiligen Interessenvertretern.

Die Förderung von Prävention und Selbsthilfe ist dem Grunde nach zu begrüßen, die gegenwärtigen Planungen sind differenziert zu betrachten:

a) Prävention

Die Maßnahmen zur Prävention mit der Schaffung eines Sondervermögens sind nicht in ein Gesamtkonzept eingebunden, das auch die Beteiligung weiterer Aufgabenträger, insbesondere der Kommunen, vorsieht. Hier ist eine Kostensteigerung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nicht auszuschließen, wenn sich andere Verantwortliche z.B. im schulischen und kommunalen Bereich zurückziehen. Auch erscheint die Nichtbeteiligung der GKV an der Mittelverwendung bei dem Sondervermögen nach dessen Finanzierung durch die GKV „unfair“. Ein Detail, das sich so bei der Selbsthilfe nicht findet.

Begrüßenswert im Bereich der Prävention ist, dass die GKV zur Bereitstellung der Mittel verpflichtet wird. Diese Verpflichtung ist auf 25 % der gesetzlich festgelegten Fördermittel beschränkt, so dass der GKV ein hinreichender Raum für eigene Gestaltungen und damit auch ein Anreiz für Wettbewerb verbleibt.

b) Selbsthilfe

Die geplanten Änderungen zur Selbsthilfe verdienen uneingeschränkte Zustimmung. Die Selbsthilfe der Versicherten korrespondiert mit dem Prinzip der Eigenverantwortung.

Positiv zu beurteilen ist die Einrichtung kassenübergreifender Gemeinschaftsfonds für die Förderung der Selbsthilfe. Erst die Verpflichtung gewährleistet eine zuverlässige Bereitstellung der jährlichen Fördermittel. Die Ausschöpfung der Mittel ist bislang nur unzureichend von den Krankenkassen wahrgenommen worden. Mit der Verpflichtung der Einzahlung in Gemeinschaftsfonds ist daher den Patienten gedient.

Dazu wird eine einheitliche Handhabung die effiziente und zielgerichtete Förderung der Selbsthilfe sicherstellen und die Transparenz der Förderung erhöhen. Durch eine nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Vertretern abgestimmte Verteilung der Fördermittel können Doppel- und Fehlförderungen vermieden werden.

Keineswegs wird den Krankenkassen durch die Neuerung die Möglichkeit genommen, eigene Schwerpunkte bei der Förderung zu setzen. Den einzelnen Krankenkassen verbleibt vielmehr noch genügend Potential, um eigene Schwerpunkte setzen zu können. Als positiv zu beurteilender Nebenaspekt für die Patienten ist zu verzeichnen, dass sie neben den einzelnen Selbsthilfeschwerpunkten ihrer Krankenkassen auch unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit Zugang zu übergeordneten Gemeinschaftsprojekten haben. Auch dieses dient dem Wohle des Patienten und fördert seine neue starke Stellung im Gesundheitssystem.

Zusammenfassung:

- ◇ Im Bereich der Prävention ist ein guter Ansatz zur Realisierung der praktischen Umsetzung gefunden worden, indem die GKV verpflichtet wird, finanzielle Mittel bereitzustellen. Nachteilig ist das Fehlen eines Gesamtkonzepts mit der Einbindung weiterer Verantwortlicher. In dem Gesamtkonzept sollte die GKV als Zahlender auch in die Entscheidungsfindung über die Mittelvergabe eingebunden werden.
- ◇ Die geplante Erweiterung der Selbsthilfeförderung verdient Zustimmung, sie korrespondiert mit der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Patienten.

3.

**Verbesserung der Transparenz auf allen Ebenen und Einführung von
Patientenquittung sowie der elektronischen Gesundheitskarte**

Die Implementierung von Wettbewerb mit und durch eine Schaffung von Transparenz stellt die Grundlage für den Erfolg der Gesundheitssystemmodernisierung, die Erhöhung von Qualität und Kosteneffizienz, dar. Die Verpflichtung zu Transparenz hat dabei für alle Leistungserbringer gleichermaßen zu gelten. Der derzeit bestehende Kontrahierungszwang und die Einheitsverträge schützen Leistungserbringer, welche nur schlechte Qualität anbieten können; für Beteiligte mit einem überdurchschnittlich guten Leistungsspektrum werden dagegen keine finanziellen Anreize gesetzt. Diese Versorgungssituation gilt es zu durchleuchten, um die Allokation von Finanzmitteln zu überprüfen und Wirtschaftsreserven zu erschließen.

Aus Transparenzgesichtspunkten sollte die Information der Patienten über Diagnosen, Therapie und die diesbezüglichen Kosten obligatorisch erfolgen. Vielfach wird dies bereits praktiziert, indem zum Beispiel der Arztbrief des Facharztes dem Patienten in Kopie ausgehändigt wird. Erfahrungsgemäss scheuen die Ärzte auch weder die Qualitätssicherung noch den Wettbewerb. Viele Arztgruppen, so beispielsweise die niedergelassenen Kardiologen, haben bereits ein eigenes Qualitätssicherungskonzept entwickelt.

Den Ärzten müsste im Gegenzug jedoch eine leistungsgerechte und kalkulierbare Honorierung gewährt werden. Einer festen Vergütung währe unter Abschaffung der Budgets der Vorzug zu geben.

Die Einführung von Patientenquittungen stellt unter dem Gesichtspunkt der Transparenz eine sinnvolle Ergänzung dar, wenn hierdurch auch die reale Vergütung für den Patienten sichtbar wird.

Auch die elektronische Gesundheitskarte kann einen wesentlichen Beitrag zu einer effizienteren Erbringung der medizinischen Leistungen beitragen. Die Arbeitsteiligkeit im Gesundheitswesen nimmt durch immer weitergehende Spezialisierungen und die Verzahnung seiner Strukturen kontinuierlich zu. Dies erfordert aus Gründen der Ökonomie

eine hochentwickelte Kommunikation und Kooperation innerhalb und zwischen den Leistungserbringern. Eine elektronische Gesundheitskarte ist, wenn sie weitergehende medizinische Informationen enthält, die den Informationsfluss zwischen den Versorgungsebenen verbessert und effizienter gestalten, in jedem Fall als sinnvoll zu betrachten.

Als notwendiges Instrument für die Schaffung von Transparenz und Wettbewerb wird nach dem Entwurf des GMG das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin erachtet. Es soll evidenzbasierte Leitlinien für ausgewählte Krankheiten erstellen, sich gutachterlich zu Fragen der Qualität der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen äußern und Empfehlungen an die GKV-Spitzenverbände über Referenzarzneimittel zur Bildung eines vorläufigen Festbetrages nach § 35b Abs. 6 abgeben. Weitere Aufgabe wäre die Erstellung von Kosten-Nutzen-Analysen für neue Arzneimittel und voraussichtlich die Auseinandersetzung mit Fragen der Arzneimittelsicherheit.

Nach dem Entwurf soll es darüber hinaus als eine Art Bürgerforum die Leistungen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen in einer für den Patienten verständlichen Weise beschreiben. Hieraus könne der Patient die Mündigkeit ziehen, die ihm angedeihende Behandlung in ihrer Qualität einzuschätzen. Weiter wären diese Festlegungen Ausdruck des medizinischen Standards und Grundlage für eine Empfehlung von Kliniken und Ärzten.

Der Schaffung einer weiteren Institution bedarf es indes nicht. Es existieren bereits etablierte Gremien mit der notwendigen fachlichen Kompetenz, welche die genannten Aufgaben mit entsprechender gesetzlicher Rahmgebung übernehmen könnten, beziehungsweise bereits wahrnehmen. Eine deutliche Verbesserung der Qualität ist durch die Übernahme dieser Aufgaben durch ein „staatsfernes“ Gremium nicht zu erwarten.

Zusammenfassung:

- ◇ Implementierung von Wettbewerb mit und durch eine Schaffung von Transparenz stellt die Grundlage für eine Erhöhung von Qualität und Kosteneffizienz dar. Die Verpflichtung zu Transparenz hat dabei für alle Leistungserbringer gleichermaßen zu gelten.

- ◇ Die Einführung einer Patientenquittung steht für eine erhöhte Transparenz stellt eine sinnvolle Ergänzung dar.
- ◇ Die elektronische Gesundheitskarte kann einen wesentlichen Beitrag zu einer Steigerung der Effizienz leisten. Die Kommunikation der Leistungserbringer untereinander, welche vor allem auch eine Frage der medizinischen Versorgung der Zukunft sein wird, kann auf diese Weise ökonomisch gehandhabt werden.
- ◇ Der Schaffung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin bedarf es nicht. Die vorgesehenen Aufgaben werden bereits oder können durch bestehende Gremien kompetent erfüllt werden. Eine deutliche Qualitätssteigerung ist nicht absehbar.

4.

Datensammlungen, Datenschutz

Das arbeitsteilig organisierte Gesundheitswesen benötigt zur Erfüllung seiner Aufgaben entsprechende Informationen über den Patienten, spezifische Teile seiner Krankengeschichte sowie diagnostische und therapeutische Informationen aus dem Behandlungsgeschehen. Außerdem haben die Verbesserung der Transparenz und die Schaffung der Grundlagen für ein modernes Informationsmanagement die Entstehung von Datensammlungen zur Folge.

Das GMG sieht diesbezüglich insbesondere die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte bis spätestens zum 01. Januar 2006 vor. Auf einer solchen Karte sollen alle wichtigen Gesundheitsdaten des jeweiligen Patienten gespeichert werden, also insbesondere Behandlungen, Überweisungen, Rezepte und Notfalldaten. Dies soll insbesondere zur Vermeidung gefährlicher Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln beitragen. Man verspricht sich von einer solchen Datenerfassung aber auch erhebliche Einsparungen durch eine Vorbeugung gegen Missbrauch der Versichertenkarte und unnötiger Doppelleistungen.

Darüber hinaus kommt dem geplanten Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin im Hinblick auf die Ansammlung von Daten eine besondere Rolle zu. Dieses Zentrum hat unter anderem die Aufgabe, evidenzbasierte Leitlinien und pflegerische Standards für ausgewählte Krankheiten sowie wissenschaftliche Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen zu erstellen. Aus diesem Grund sollen dem Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin anonyme Behandlungs- und Versorgungsdaten zur Verfügung gestellt werden. Diese Informationen sollen nach einer wissenschaftlich gesicherten Prüfung Feststellungen zur medizinischen Versorgung erlauben.

Schließlich ist die Zusammenführung der Leistungs- und Abrechnungsdaten bei dem Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin geplant. Die Leistungs- und Abrechnungsdaten sollen zur Systemsteuerung durch Selbstverwaltung, Politik auf Bundes- und Landesebene, Gesundheitsberichterstattung und Forschung kassenarten- und sektorübergreifend pseudonymisiert zur Verfügung stehen.

Der Patient hat das Recht auf Information über die beabsichtigte Erfassung und Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten sowie auf Berücksichtigung seiner Rechte hinsichtlich des Zwecks der Erfassung und Verarbeitung. Der einzelne Patient muss daher über jegliche Datenerfassung und Verarbeitung im Hinblick auf seine Person in Kenntnis gesetzt werden und darüber hinaus auf diese Daten direkt oder über eine Person seines Vertrauens (z. B. über seinen Hausarzt) zugreifen können.

Infolge der Durchdringung der medizinischen Prozesse durch ein modernes Informationsmanagement kann es zunehmend zur Verselbständigung der Patientendaten kommen, so dass die Daten einen *status personae* annehmen und mit »Persönlichkeitsrechten« auszustatten sind. Deshalb ist nach der EU-Direktive eine automatisierte Entscheidungsfindung allein auf der Grundlage gespeicherter Daten unzulässig.

Der Patient darf auch erwarten, dass seine persönlichen Daten im Gesundheitswesen mit äußerster Sorgfalt und Vertraulichkeit behandelt werden. Sowohl juristische als auch technische Regelungen zur Wahrung des Datenschutzes sind daher - insbesondere im Hinblick auf die hohe Sensibilität medizinischer Daten - unabdingbar. Sowohl die ärztliche Schweigepflicht (§ 203 Abs.1 Nr. 1 StGB) als auch das »Datengeheimnis« (§ 5 BDSG), das

den Beschäftigten im Gesundheitswesen die Verarbeitung von Patientendaten nur im Rahmen der Zweckbestimmung des Behandlungsvertrages gestattet, verbieten es, Patientendaten uneingeschränkt - d.h. über die unmittelbare Zweckbindung hinaus - auszutauschen und zu verwenden.

Schließlich darf der Patient im Rahmen einer optimalen Patientenbehandlung voraussetzen, dass die im konkreten Einzelfall notwendigen Daten zur rechten Zeit am rechten Ort in der erforderlichen Aufbereitung der berechtigten Person zur Verfügung stehen. Dies ist daher insbesondere auch durch entsprechende gesetzliche Regelungen zu gewährleisten.

Die Zusammenstellung von Gesundheitsdaten des einzelnen Patienten ist zum einen unter medizinischen Gesichtspunkten zu begrüßen. Hierdurch kann zu einer Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen beigetragen werden. Darüber hinaus wird durch die mit der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Doppelverordnungen verbundenen finanziellen Einsparungen dem Gebot der Wirtschaftlichkeit Rechnung getragen. Schließlich fördern die entsprechenden Datensammlungen die Transparenz im Bereich der medizinischen Versorgung.

Problematisch ist bei einer Sammlung von hochsensiblen Daten allerdings regelmäßig der effektive Schutz vor Missbrauch. Zwar ist es Ziel der geplanten Regelungen, dass der einzelne Patient „Herr seiner Daten“ bleibt und der Zugriff ausschließlich durch berechtigte Personen erfolgt. So sollen beispielsweise im Rahmen der elektronischen Gesundheitskarte technische Vorkehrungen gewährleisten, dass der Einsatz der Karte nur mit dem Einverständnis des Versicherten und durch dessen Autorisierung möglich ist. Es bleibt allerdings äußerst fraglich, ob die Sammlung der Gesundheitsdaten von über 70 Millionen Menschen tatsächlich effektiv vor Missbrauch geschützt werden kann. Auch wenn die entsprechenden Regelungen hierzu vorliegen kann es zum einen an den hierfür ebenfalls notwendigen technischen Vorkehrungen und zum anderen an der tatsächlichen effektiven Überprüfung der Einhaltung der Vorschriften fehlen.

Zusammenfassung:

- ◇ Datensammlungen können zur Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung beitragen und darüber hinaus die Transparenz der ärztlichen Leistungen

sowie der damit verbundenen Kosten erhöhen. Die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte, die Zusammenstellung anonymer Behandlungs- und Versorgungsdaten bei dem Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin sowie die dortige Zusammenführung der Leistungs- und Abrechnungsdaten ist daher prinzipiell zu begrüßen.

- ◇ Durch ein solches modernes Informationsmanagement im Gesundheitswesen drohen allerdings auch nicht zu unterschätzende Risiken – insbesondere im Zusammenhang mit der Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Ein effektiver und vollumfänglicher Schutz vor Missbrauch ist aller Voraussicht nach nicht zu gewährleisten.

5.

Verstärkte Bekämpfung des Missbrauchs und der Korruption im Gesundheitswesen

Wiederholt sind Vorwürfe gegen die Ärzteschaft in Bezug auf ihre Zusammenarbeit mit der Industrie erhoben worden. Die Frage nach der Integrität von Ärzten steht immer wieder im Blickpunkt des öffentlichen Interesses, wenn von Korruption durch Pharmaunternehmen und Medizinproduktehersteller die Rede ist.

Das GMG plant daher die Einführung eines Korruptionsbeauftragten. Dieser soll Ansprechpartner für Bürgerinnen und Bürger sowie für Einrichtungen und Beschäftigte des Gesundheitswesens sein und mit umfangreichen Prüfrechten ausgestattet werden. Bei dem Verdacht einer Straftat muss eine Weiterleitung an die Staatsanwaltschaft erfolgen. Darüber hinaus sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen Prüf- und Ermittlungseinrichtungen zur Korruptionsbekämpfung einrichten. Auch hier ist die Staatsanwaltschaft unverzüglich zu unterrichten, wenn ein Verdacht auf eine strafbare Handlung vorliegt.

Sicherlich ist es angebracht, Korruption verschärft zu bekämpfen. Allerdings kann durch die vorbenannten Maßnahmen auch das Misstrauen gegenüber den Ärzten geschürt werden.

Für die Fragwürdigkeit dieser Maßnahmen spricht auch, dass bisher in der Regel die erhobenen Vorwürfe ausgeräumt werden konnten. Der Schaden für das Ansehen der Ärzteschaft allerdings bleibt.

Aus diesem Grunde sind klare gesetzliche Regelungen für den schmalen Grat zwischen erwünschter Kooperation und strafbarer Korruption vorzugswürdig und darüber hinaus absolut notwendig. Zu begrüßen sind daher konkrete Vorgaben im Hinblick auf die Zulässigkeit bzw. Unzulässigkeit von Zuwendungen seitens der pharmazeutischen Industrie an die Ärzteschaft. So geht die geplante Regelung hinsichtlich der ärztlichen Fortbildungspflicht im GMG grundsätzlich in die richtige Richtung. Diese stellt fest, dass der Vertragsarzt mit der Teilnahme an einer Veranstaltung, die ein produktbezogenes Sponsoring darstellt, seiner Fortbildungspflicht nicht genügt. Hierdurch wird die wissenschaftliche Neutralität der Fortbildungsinhalte sichergestellt. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang jedoch auch, dass die wissenschaftliche Fortbildung der Ärzte ohne ein Sponsoring, beispielsweise durch pharmazeutische Unternehmen, nicht denkbar ist und zur Erhaltung der Qualität in der medizinischen Versorgung erforderlich. Klärungsbedürftig ist allerdings, wann eine produktbezogene Informationsveranstaltung vorliegt. Die wissenschaftliche Fortbildung umfasst auch die Information über Produkte und die damit in Zusammenhang stehenden wissenschaftlichen Erkenntnisse. Jedoch müssen hier klare Grenzen zu reinen Marketingveranstaltungen, zum „Branding“ oder zu einer bloßen Alimentierung der Ärzte gezogen werden.

Erst kürzlich hat der 106. Deutsche Ärztetag vom 20. bis 23. Mai 2003 in Köln tiefgreifende Novellierungen der Musterberufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte beschlossen, welche die Zusammenarbeit von Ärzten und Industrieunternehmen neu regeln. Danach wird es zukünftig berufsrechtlich zulässig sein, einen angemessenen Vorteil anzunehmen, wenn dadurch die Teilnahme an wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltungen ermöglicht wird. Diese Zuwendungen dürfen aber nicht über den eigentlichen Zweck der Fortbildungsveranstaltungen hinausgehen. Den Ärzten ist es nach dem neuen Berufsrecht daher lediglich erlaubt, die Übernahme bzw. Erstattung von Reisekosten und Tagungsgebühren anzunehmen; unzulässig ist jedoch die Annahme von Zuschüssen für Begleitpersonen und Einladungen zu Rahmenprogrammen. Darüber hinaus werden nunmehr der Dokumentations- und der Transparenzgrundsatz in der Musterberufsordnung verankert. Der Dokumentationsgrundsatz besagt, dass jede materielle oder immaterielle Zuwendung schriftlich zu dokumentieren ist; der Transparenzgrundsatz legt demgegenüber

fest, dass jede Zuwendung offen gelegt werden muss. Die Verträge über die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Industrie müssen infolgedessen in Zukunft schriftlich abgeschlossen und den Ärztekammern auf Verlangen vorgelegt werden. Schließlich beschloss das Ärzteparlament, dass bei allen Vereinbarungen die erbrachten Leistungen und die hierfür vorgesehene „Vergütung“ in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen müssen.

Darüber hinaus wird derzeit ein neuer als allgemeingültig anvisierter Kodex erarbeitet, welcher die Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen pharmazeutischer Industrie und den Ärzten deutlich einschränken soll.

Eine Bekämpfung der Korruption im GMG ist schließlich über eine Verschärfung der Sanktionen – insbesondere im Heilmittelwerbegesetz – geplant. Positiv zu bewerten ist diesbezüglich die Notwendigkeit des Nachweises eines korrupten Verhaltens. Fraglich ist allerdings, ob eine Verschärfung der Rechtsfolgen das angestrebte Ziel zu erreichen vermag. Eine Verringerung des beanstandeten Verhaltens muss nicht die zwangsläufige Folge sein.

Zusammenfassung:

- ◇ Hinsichtlich der Einführung eines Korruptionsbeauftragten sowie der Einrichtung von Prüf- und Ermittlungseinrichtungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen stellt sich die Frage der Effektivität im Verhältnis zur damit einhergehenden Schürung von Misstrauen gegenüber der Ärzteschaft.
- ◇ Die Sicherung der wissenschaftlichen Neutralität der Fortbildungsinhalte ist begrüßenswert. Allerdings sollte nicht vergessen werden, dass die finanzielle Unterstützung von wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltungen durch die pharmazeutische Industrie einen Beitrag zur Qualitätssicherung unserer medizinischen Versorgung leistet. Hier sind konkretere Regelungen, wie sie beispielsweise durch die Beschlüsse des 106. Deutschen Ärztetages sowie durch die Erarbeitung eines allgemeingültigen Kodex der Zusammenarbeit zwischen pharmazeutischer Industrie und den Ärzten vorzugswürdig.

- ◇ Die Verschärfung der Sanktionen bei nachgewiesenem korruptem Verhalten führt nicht zwangsläufig zu einer Verringerung dieses Verhaltens.

Dr. med. Dr. iur. Alexander P. F. Ehlers
Lehrbeauftragter für Medizinrecht
Ludwig-Maximilians-Universität München