

W

Deutscher Bundestag ■ Wissenschaftliche Dienste

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Rechtslage sowie Pro- und Contra-Argumente

- Sachstand -

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Sachstand WD 9 - 3000 – 040/09

Abschluss der Arbeit: 10.03.2009

Fachbereich WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und
Jugend

Ausarbeitungen und andere Informationsangebote der Wissenschaftlichen Dienste geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Die Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste sind dazu bestimmt, Mitglieder des Deutschen Bundestages bei der Wahrnehmung des Mandats zu unterstützen. Der Deutsche Bundestag behält sich die Rechte der Veröffentlichung und Verbreitung vor. Beides bedarf der Zustimmung der Leitung der Abteilung W.

- Zusammenfassung -

1. Einleitung

1.1. Historische Entwicklung der rechtlichen Grundlagen

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) basiert auf Art. 1 Nr.162 GKV- Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003¹. Der Entwurf zu diesem Gesetz wurde am 8.9.2003 in den Bundestag eingebracht und am 29.9.2003 angenommen². Art.1 Nr.162 GMG regelt die Einführung des § 291 a SGB V, der wiederum die Ermächtigungsgrundlage für die Einführung einer eGK darstellt. Die erste Fassung dieser Vorschrift mit Wirkung vom 1.1.2004 hat inzwischen mehrere Änderungen erfahren, indem im Zusammenhang mit dem Vereinfachungsgesetz vom 21.3.2005³ und dem Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen vom 22.6.2005⁴ mehrere Absätze in die bereits umfangreiche Regelung eingefügt wurden. Schließlich wurde § 291 a SGB V durch Art.1 Nr.195, Art.2 Nr.30a GKV-WSG vom 26.3.2007 nochmals geändert⁵, so dass die aktuelle Fassung des § 291 a SGB V seit 1.4.2007 in Kraft ist. Eine Ausnahme gilt nur für die Abs.7 S.1, 4, Abs.7 a des § 291 a SGB V, die erst seit dem 1.7.2008 gelten. Die Umsetzung der Einführung der eGK wird durch die Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der eGK geregelt⁶. Der Einführung der eGK ist eine Testphase in fünf Regionen von Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinlandpfalz vorgeschaltet. Trotz der eindeutigen gesetzlichen Regelung ist die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte bislang noch nicht vollendet worden. Dies hängt nach Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vor allem mit den anfänglichen organisatorischen Schwierigkeiten zusammen. Weiterhin bestätigte das BMG, dass die eGK voraussichtlich Mitte des Jahres 2009 erstmals in der Region Nordrhein eingeführt wird. Gegen einen dispositiven Charakter des § 291 a SGB V spricht auch § 2 Abs.2 der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.⁷ Darin heißt es, dass die Testmaßnahmen dem Ziel dienen, die für die Einführung und Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte erforderliche Telematikstruktur in die flächendeckende

1 BGBl. I 2190.

2 BT-Drucksache 15/1525.

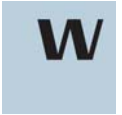
3 BGBl. I 818; vgl. BT-Drucks. 15/4924, S. 28 f zu Nr. 18; BT-Drucks. 15/4751 S. 16, f, 46.

4 BGBl. I 1720; vgl. BT-Drucks. 15/4924 S. 8 ff; BT-Drucks. 15/5272 S. 3 f, 8 zu Art. 1 Nr. 3.

5 BGBl. I 378; vgl. BT-Drucks. 16/3100 S. 51, 173 f zu Nr. 195; BT-Drucks. 16/4247 S. 56 zu Nr. 195, S. 60 zu Nr. 30 a.

6 BGBl. 2006 Teil I Nr. 45 S. 2199 ff.

7 BGBl. 2006 Teil I Nr. 45 S. 2200.



Versorgung zu überführen. Im Umkehrschluss kann daraus die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Verzögerungen nicht mit der Frage des „ob“, sondern mit der des „wie“ verbunden sind. Daher ist § 291 a SGB V und die Einführung der eGK nicht dispositiv.

1.2. Normzweck

Nach Art.291 a Abs.1 SGB V soll die Einführung der eGK der Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der ärztlichen Behandlung dienen. Dies soll vor allem dadurch erreicht werden, dass durch die eGK Doppeluntersuchungen vermieden sowie Rezeptdaten und Notfallinformationen gespeichert werden⁸.

2. Problematik

Ob und inwieweit die Ziele der Norm tatsächlich durch die eGK erreicht bzw. gefördert werden können, ist umstritten. Die Kritik aus Praxis und Wissenschaft bezieht sich dabei auf die Bereiche des Datenschutzes bzw. der Datensicherheit, der Organisation und Finanzierung sowie den möglichen Umfang der Funktionen und die technische Umsetzung.

2.1. Datensicherheit bzw. Datenschutz

Der datenschutzrechtliche Standard der eGK stellt vermutlich den umstrittensten Punkt bei der Einführung der eGK dar. Einerseits fühlen sich 75% der gesetzlich Versicherten laut einer Umfrage der BKK über das sensible Thema Datensicherheit schlecht informiert⁹, was zu einer Ablehnung des Gesamtprojekts führen könnte. Andererseits ist der Datenschutz auf das grundrechtlich geschützte Recht auf informationelle Selbstbestimmung, als einen Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art.1 I i.V.m. Art.2 I GG) zurückzuführen.¹⁰ Der Datenschutz wird nach § 1 I BDSG einfachgesetzlich geregelt bzw. gefördert. Folglich wird dem Datenschutz gerade in modernen Gesellschaften eine zentrale Rolle zugewiesen. So bedarf jede Einschränkung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung einer Rechtfertigung und muss auf der Grundlage eines Gesetzes erfolgen. Rechtfertigende Umstände können sich aus einem überwiegenden Allgemeininteresse ergeben, wobei zusätzlich die Grundsätze der Normenklarheit und der Ver-

8 Vgl. BT-Drucks. 15/1525.

9 Göres, Ulf, „Die elektronische Gesundheitskarte – die Versicherten im Fokus“, im BKK (96) 2008, Nr. 12.

hältnismäßigkeit gewahrt werden müssen¹¹. Daraus resultiert, dass nur die erforderlichen Daten erhoben werden können¹² und die Datensicherheit durch die Einführung der eGK und die telemedizinische Verwendung personenbezogener Patientendaten im Vergleich zur manuellen Anwendung weder faktisch noch rechtlich verschlechtert werden darf¹³.

Nach einer Ansicht wird die eGK diesen Anforderungen gerecht¹⁴, indem der Patient persönlich zustimmen muss, ob und inwieweit weitergehende personenbezogene Daten gespeichert werden. An die Idee der Freiwilligkeit anknüpfend, wird gem. § 291 a V SGB V ein doppeltes Autorisierungssystem festgelegt. So müssen sowohl der Patient durch eine PIN als auch der Arzt durch seinen Heilsberufsausweis ihre Zugriffsberechtigung auf die patientenbezogenen Daten bestätigen¹⁵. Ferner sollen die Daten nur verschlüsselt übermittelt werden können, um sie so vor Hackerangriffen zu schützen. Darüber hinaus solle die Missbrauchsgefahr gem. § 291 a VI SGB V durch die teilweise oder vollständige Löschungsmöglichkeit auf Wunsch des Patienten sowie durch die Protokollierung der letzten fünfzig Datenzugriffe reduziert werden. Ein weiterer Datenschutzzfaktor ergibt sich auch daraus, dass es gem. § 291 a VIII SGB V gesetzlich verboten ist, den Patienten zur Herausgabe seiner personenbezogenen Daten zu zwingen oder aufgrund seiner Verweigerung zu benachteiligen¹⁶. Somit soll eine faktische Umgehung des Datenschutzes verhindert werden.

Dagegen werden Zweifel erhoben an der Wirksamkeit solcher Schutzvorkehrungen, solange es keine gesicherte Risikoanalyse über die Form und die potentiellen Gewinner möglicher Angriffe auf Patientendaten gibt. Es wird auch kritisch auf Untersuchungen von IT-Experten verwiesen, die darauf hindeuten, dass immer intelligentere Schutzmechanismen immer intelligentere Umgehungsmechanismen der Hacker provozierten, aber

10 BVerfG, Urteil v. 15.12.1983-1 BvR 209/83- NJW 1984, S. 419; BVerfG, Urteil v. 14.12.2001-2 BvR 152/01-DuD 202, S. 568 ff.

11 Bales, Stefan; Leber, Christian; „Die elektronische Gesundheitskarte: Rechtskommentar, Standpunkte, Erläuterungen für die Praxis“ vgl. A IV, S. 9 Rdn. 21.

12 Bales, Stefan; Leber, Christian; „Die elektronische Gesundheitskarte: Rechtskommentar, Standpunkte, Erläuterungen für die Praxis“, vgl. A IV, S. 9 Rdn. 21.

13 Vgl. Flügge, Thomas; „Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken“, Berlin 2007, S. 64.

14 Bales, Stefan; Leber, Christian; „Die elektronische Gesundheitskarte: Rechtskommentar, Standpunkte, Erläuterungen für die Praxis“, vgl. A IV, S. 9 Rdn. 24.

15 Flügge, Thomas; „Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken“, Berlin 2007, S. 67 ff.

16 Flügge, Thomas; „Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken“, Berlin 2007, S. 68.



die grundsätzliche Missbrauchsgefahr nicht verringern könnten¹⁷. Problematisch ist ferner, dass der Umfang gespeicherter Patientendaten im Zeitpunkt der Einführung nicht zu überblicken ist und die eGK möglicherweise die Entwicklung zu einem gläsernen Patienten und gläsernen Arzt fördern könnte.

Diesen Bedenken könnte jedoch entgegengehalten werden, dass kommerzielle Informationstechnologien im Gesundheitswesen bereits zur Realität gehören, auf die aber keinerlei Schutzvorschriften angewendet werden¹⁸. Folglich wird gefordert, diesen grauen Markt durch die Einführung einer eGK gesetzlichen Schutzbestimmungen zu unterwerfen¹⁹. In skandinavischen Ländern, wie Finnland oder Dänemark, gibt es die eGK bereits, jedoch ohne dass in diesen Ländern Studien über mögliche Missbrauchsfälle vorhanden bzw. bekannt sind.

2.2. Kosten-Nutzen-Analyse und Finanzierung

Insbesondere der große Umfang der Vorschrift sowie die Anzahl der gesetzlich Versicherten von ca. 70 Millionen stellen Faktoren dar, die einem angestrebten Bürokratieabbau und damit der Effizienz der eGK entgegenwirken könnten²⁰.

Problematisch ist weiterhin, dass die Analysen über die mit der Einführung der eGK verbundenen Kosten je nach Berechnungsinstitut unterschiedlich hoch ausfallen. Während die Planungskosten bereits bei über 5, 8 Mio. EUR liegen, variiert die Kalkulation der Gesamtentwicklungskosten von 700 Mio. EUR²¹ über eine Summe zwischen 1,0 Mrd. EUR und 1,4 Mrd. EUR²² bis hin zu 1,6 Mrd. EUR²³. Die große Differenz und die Planungsunsicherheit hängen hauptsächlich mit den Produktionskosten für die eGK

17 Groß, Christiane; „Mehr Gesundheit mit Karte ? – Die elektronische Gesundheitskarte und die Beziehung zwischen Arzt und Patient“, Marburg 2007, S. 10.

18 Vgl. Bender, Biggi; „Elektronische Gesundheitskarte – Zwischen gläsernem Patienten und integrierter Gesundheitsversorgung“, in: Gesellschaftspolitische Kommentare 49 (2008) 11, S. 22.

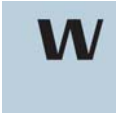
19 Krüger-Brand, Heike E.; „Gang durch ein Minenfeld: elektronische Gesundheitskarte“, in: Deutsches Ärzteblatt, Ärztliche Mitteilungen, das Organ der Ärzteschaft 104 (2007), S. 21.

20 Peters, in: Niesel, Kasseler Kommentar SGB V, Bd. 1, Stand 26. 11. 08, § 291a, Rdn. 4.

21 Vgl. Debold & Lux, Kosten-Nutzen-Analyse, Neue Versicherungskarte und elektronisches Rezept, 2001, S. 10 ff, zitiert nach Flüge, Thomas; „Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken“, Berlin 2007, S.53f.

22 Vgl. IBM Deutschland GmbH, Planungsauftrag eRezept, eArztbrief, ePatientenkarte und Telematikinfrastruktur, 2004, S. 16, zitiert nach Flüge, Thomas; „Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken“, Berlin 2007, S.53f.

23 Vgl. Grätzel von Grätz, Philipp; Elektronische Gesundheitskarte teurer als erwartet ?, 2004. In: Heise Online, Telepolis, Heise Zeitschriften Verlag, Hannover, vgl. <http://www.heise.de/tp/r4/artikel/17/17421/1.html>.



zusammen. Diese sind sehr stark vom Hersteller sowie der marktwirtschaftlichen Lage abhängig, so dass der Preis pro eGK zwischen 5 und 10 EUR betragen kann.

Bei der Untersuchung des Nutzens der eGK muss zwischen den Pflichtanwendungen, wie z.B. einem Lichtbild auf der Gesundheitskarte und den freiwilligen Anwendungen, wie z. B. der Speicherung von Untersuchungsergebnissen, differenziert werden. Während sich der Nutzen und die Ersparnisse aus den Pflichtanwendungen auf 474, 8 Mio. EUR schätzen lassen²⁴, wird der Nutzen der freiwilligen Anwendungen vorsichtig in Höhe von 500 Mio. EUR berechnet. Da die freiwilligen Leistungen aber sowohl vom Einverständnis der Patienten als auch von der Akzeptanz der Ärzte abhängig sind, besteht hinsichtlich des Nutzens eine große Unsicherheit²⁵. Folglich variiert auch die Amortisationsdauer von 30 bis zu 46 Monaten²⁶.

Die größten Einsparungsmöglichkeiten liegen im Bereich der Verwaltung innerhalb der Krankenkassen, so dass die Krankenkassen finanziell voraussichtlich am meisten von der Einführung der eGK profitieren werden²⁷. Daher erklärten sie sich auch bereit, den größten Teil der Kosten, u.a. die Produktionskosten der eGK, zu übernehmen²⁸. Problematisch ist jedoch in diesem Zusammenhang, wer die Kosten der Leistungserbringer tragen sollte, die nur gering bzw. überhaupt nicht von der eGK profitieren. Es stellt sich beispielsweise die Frage, wer die Kosten für die Anschaffung neuer elektronischer Geräte oder mögliche Schulungskosten zahlen muss²⁹. Der Gesetzgeber versucht dieses Problem zu lösen, indem er in § 291 a Abs.7 bis 7 e SGB V bestimmt, dass die Leis-

24 Vgl. IBM Deutschland GmbH, Planungsauftrag eRezept, eArztbrief, ePatientenkarte und Telematikinfrastruktur, 2004, S. 312 ff, zitiert nach Flügge, Thomas; „Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken“, Berlin 2007, S.28 f.

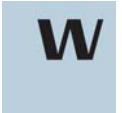
25 Flügge, Thomas; „Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken“, Berlin 2007, S. 29 f, 75 f, 77.

26 Vgl. IBM Deutschland GmbH, Planungsauftrag eRezept, eArztbrief, ePatientenkarte und Telematikinfrastruktur, 2004, S. 316; Flügge, Thomas; „Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken“, Berlin 2007, S. 60 f, zitiert nach Flügge, Thomas; „Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken“, Berlin 2007, S.61.

27 Bales, Stefan; Leber, Christian; „Die elektronische Gesundheitskarte: Rechtskommentar, Standpunkte, Erläuterungen für die Praxis“, vgl. A II, S. 6 Rdn. 11; Flügge, Thomas; „Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken“, Berlin 2007, S. 28 f.

28 Flügge, Thomas; „Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken“, Berlin 2007, S. 57 ff.

29 Flügge, Thomas; „Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken“, Berlin 2007, S. 58.



tungserbringer und Krankenhäuser Zuschläge erhalten sollen³⁰. Offen ist jedoch weiterhin, in welcher Höhe die Krankenkassen diese Zuschläge übernehmen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Bereich der Finanzierung und der Kosten-Nutzen-Analyse weiterhin große Unsicherheiten bestehen.

2.3. Technische Umsetzung

Hinsichtlich der technischen Umsetzung gibt es grundsätzlich die Möglichkeit einer serverbasierten Lösung und einer Kartenlösung³¹. Bei der ersten Variante werden die Daten auf einem Datenbankserver gespeichert, während bei der zweiten Lösung die Speicherung direkt auf der eGK erfolgt. Nach Vorschriften des SGB V kommen beide Möglichkeiten für die technische Umsetzung in Betracht³². Der Nachteil bei der Kartenlösung besteht darin, dass die Speicherkapazität begrenzt ist, während sie bei der serverbasierten Lösung zwar auch gewissen Grenzen ausgesetzt ist, aber der Server über einen vielfach höheren Speicher und zusätzliche Programme zur Datenerhebung und –verarbeitung verfügt³³. Andererseits besteht bei der Servervariante eine höhere Gefahr, dass Dritte sich über die Onlineverbindung einen Zugriff auf die Patientendaten verschaffen, da der Patient im Gegensatz zur Kartenlösung die Kontrolle über seine Daten auf den Server überträgt³⁴. Trotz dieser Bedenken wird der Nutzen der eGK erst in Verbindung mit der serverbasierten Lösung deutlich³⁵. So können das Zuzahlungsmanagement, die Aktualisierung der Vertragsdaten einschließlich der Gültigkeitsprüfung, elektronische Patientenakten, die Verwaltung der Betäubungsmittelrezeptausgabe, die Einbindung wissensbasierter Systeme sowie die Anbindung an Verzeichnisdienste nur mit Hilfe eines Servers erledigt werden³⁶.

30 Bales, Stefan; Leber, Christian; „Die elektronische Gesundheitskarte: Rechtskommentar, Standpunkte, Erläuterungen für die Praxis“, vgl. A II, S. 6 Rdn. 11.

31 Groß, Christiane; „Mehr Gesundheit mit Karte ? – Die elektronische Gesundheitskarte und die Beziehung zwischen Arzt und Patient“, Marburg, 2007, S. 9 f

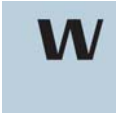
32 Bales, Stefan; Leber, Christian; „Die elektronische Gesundheitskarte: Rechtskommentar, Standpunkte, Erläuterungen für die Praxis“, vgl. A IV, S. 8 Rdn. 18.

33 Flügge, Thomas; „Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken“, Berlin 2007, S. 36.

34 Groß, Christiane; „Mehr Gesundheit mit der Karte? – Die elektronische Gesundheitskarte und die Beziehung zwischen Arzt und Patient“, Marburg 2007, S. 10 f; Krüger-Brand, Heike E.; „Gang durch ein Minenfeld: elektronische Gesundheitskarte“, in: Deutsches Ärzteblatt: Ärztliche Mitteilungen, das Organ der Ärzteschaft 104 (2007), S. 22; Flügge, Thomas; „Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken“, Berlin 2007, S. 35 ff.

35 Bales, Stefan; Leber, Christian; „Die elektronische Gesundheitskarte: Rechtskommentar, Standpunkte, Erläuterungen für die Praxis“, vgl. A IV, S. 8 Rdn. 19.

36 Bales, Stefan; Leber, Christian; „Die elektronische Gesundheitskarte: Rechtskommentar, Standpunkte, Erläuterungen für die Praxis“, vgl. A IV, S. 8 Rdn. 19.



3. Literaturverzeichnis

Bales, Stefan/Christian, Leber (2007). Rechtskommentar, Standpunkte und Erläuterungen für die Praxis. Berlin u.a.

Bender, Biggi (2008). Die elektronische Gesundheitskarte: zwischen gläsernem Patienten und integrierter Gesundheitsversorgung. In: Gesellschaftspolitische Kommentare 49 (2008), 11, S.21-23.

Flügge, Thomas (2007). Die elektronische Gesundheitskarte: Chancen und Risiken. Berlin.

Göres, Ulf (2008). Die elektronische Gesundheitskarte: die Versicherten im Fokus. In: Die BKK 96 (2008), 12, S.680-684.

Grätzel von Grätz, Philipp (2004). Elektronische Gesundheitskarte teurer als erwartet? in Heise Online, Telepolis, Heise Zeitschriften Verlag, Hannover, vgl. <http://www.heise.de/tp/r4/artikel/17/17421/1.html>.

Groß, Christiane (2007). Mehr Gesundheit mit Karte?: Die elektronische Gesundheitskarte und die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Marburg.

Krüger-Brand, Heike E. (2007). Gang durch ein Minenfeld: elektronische Gesundheitskarte. In: Deutsches Ärzteblatt: ärztliche Mitteilungen; das Organ der Ärzteschaft 104 (2007), 21, S.1292- 1294.

Niesel, Klaus (2008). Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, 1.Bd.. München, Stand: 26.11.2008.

IBM Deutschland GmbH (2004). Planungsauftrag eRezept, eArztbrief, ePatientenkarte und Telematikinfrastruktur. Zitiert nach Flügge, Thomas (2007). Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken. Berlin.

Debold & Lux (2001). Kosten-Nutzen-Analyse, Neue Versicherungskarte und elektronisches Rezept. Zitiert nach Flügge, Thomas (2007). Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken. Berlin.

