

Das Recht auf Gesundheit¹

- eine kurze Beitragsrezension v. Lutz Barth

Vorbemerkung:

Aus gegebenem Anlass ist vorab anzumerken, dass die Beitragsrezension nicht etwa der aktuellen Tagespolitik und der Berufung des ehemaligen Bundesverfassungsrichters Paul Kirchhof in das sog. Kompetenzteam der CDU geschuldet ist, sondern vielmehr dem „Recht auf Gesundheit“ und seiner drohenden Denaturierung durch die gesundheitsökonomische Krise, bei der sich im Vergleich die Vereinfachung und Entschlackung des Steuerrechtes eher bescheiden ausnehmen dürfte.

Andererseits regt es natürlich zum weiteren und intensiveren Nachdenken an, wenn sich ein ohne Frage allseits anerkannter, mit einer hohen Reputation als Bundesverfassungsrichter a.D. ausgezeichneter Finanz- und Steuerrechtswissenschaftler sich der gesundheitsökonomischen Krise annimmt und hierbei zugleich zu den „Grenzfragen“ der Gesundheitspolitik und damit u.a. der medizinischen Versorgung Stellung bezieht.

„Die Medizin steht unter dem Druck des Ökonomischen. Die daraus sich ergebende Verpflichtung zur sparsamen Bewirtschaftung knapper Ressourcen ist eine Selbstverständlichkeit. Jeder, der menschliche Arbeitskraft oder Wirtschaftsgüter in Anspruch nimmt, unterliegt der Erfordernis wirtschaftlichen Handelns. Die daraus sich ergebende Pflicht zum sparsamen Umgang mit knappen Ressourcen trifft selbstverständlich auch die Medizin“².

Der von Kirchhof angemahnte sparsame Umgang mit den knappen Ressourcen mündet daher zwangsläufig in finanzwirtschaftliche Überlegungen, wonach etwa die Patienten am medizinischen Fortschritt partizipieren und damit sich zugleich auch „an ständig verbesserte und vermehrte, öffentlich finanzierte medizinische Versorgung gewöhnt“ haben.

„Deshalb werden seine Leistungserwartungen ins Maßstabslose und damit potentiell ins Maßlose gedrängt. Die Kultur des Maßes ist neu zu entdecken, das Maß im Ausgleich zwischen dem Recht des Patienten auf Gesundheit und der Berufsfreiheit des Arztes ist zu suchen“³.

¹ Gleichnamiger Beitrag von Paul Kirchhof, Das Recht auf Gesundheit, unter: http://www.stimmen-der-zeit.de/StdZ_01_04_Kirchhof.pdf oder alternativ: http://www.kas.de/upload/dokumente/Grenzen_Gesundheit_Kirchhof_20_09_04

² Kirchhof, S. 445

³ Kirchhof, S. 447

Die von Kirchhof geforderte **Kultur des Maßes** geht dabei von einem Leistungsmaßstab aus,

„die den Maßstab des medizinisch Gebotenen nicht finanzwirtschaftlich verfremden, und den ausgewogenen Einsatz von Finanzkraft nicht zu Lasten der nicht medizinischen Lebensbereiche verschieben. Das Maß ist also im Rechtsverhältnis von Arzt und Patient zu suchen; die finanzierenden Kassen haben dienende Funktion“⁴.

Mithin ist nach Kirchhof die „Kultur des Maßes für die Medizin neu zu entdecken“ und es gilt als unabdingbar, das Medizinbudget zu entlasten.

Kirchhof regt hierzu wenig spektakuläre, aber deshalb nicht weniger diskussionswürdige und nachdenkliche Vorschläge an, um den scheinbar drohenden Kollaps des beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystems abwenden zu können.

Freilich erkennt er, dass eine „Pflicht zur gesundheitsgerechten Lebensführung“ nur dann von den Bürgern verlangt werden könnte, wenn und soweit wir bereit wären, einen „elementaren Verlust an Freiheit“ zu akzeptieren, den wir allerdings schlechterdings hinzunehmen bereit wären.

„Freiheit heißt, sein Leben selbstbestimmt gestalten und sich dabei von anderen unterscheiden zu dürfen. Wer sich sportlich ertüchtigt, verfügt über besondere Körperkraft und eine gute Gesundheit, wer statt dessen ein Musikinstrument übt, erreicht einen besonderen Grad der Bildung, vielleicht aber ein gesundheitserhebliche Blässe. Wer sich im Erwerbsleben anstrengt, nutzt seine Freiheit zu Einkommen und Reichtum, kann dadurch aber auch seine Gesundheit gefährden; wer den Müßiggang bevorzugt, wählt die Freiheit von den Lasten des Erwerbsstrebens, kann aber zugleich wirtschaftliche Grundlagen einer gesunden Lebensführung entbehren müssen.“⁵

Bedingt durch dieses freiheitliche Verhalten der Einzelnen seien nach Kirchhof auch die Unterschiede im Gesundheitszustand der Menschen und Bevölkerungsgruppen begründet.

„Die unterschiedlichen medizinischen Ausgangspunkte sind zu einem wesentlichen Teil auf Unterschiede in den Sozialverhältnissen, etwa der Höhe des Einkommens, des Bildungsstands oder des Grades gesundheitlicher Selbstgefährdung, und nicht auf eine unterschiedliche medizinische Versorgung zurückzuführen. Diese jeweiligen Ausgangslagen sind von den Freiheitsberechtigten zu verantworten, soweit sie diese Wirkungen willentlich herbeigeführt und deshalb in die Wahrnehmung ihres Freiheitsrechts einbezogen haben.“⁶

⁴ Ebenda, S. 447

⁵ Kirchhof, S. 448 im übrigen mit weiteren Beispielen resp. „Gleichnissen“

⁶ Kirchhof, S. 449

In der Tat hat die Berufung der Bürger auf die individuelle Freiheit auch eine Kehrseite: Aus der prinzipiell gewährleisteten Selbstbestimmung folgt zugleich auch die Selbstverantwortung für das eigene Tun und Handeln und somit erscheint es nach Kirchhof auch nur allzu konsequent, etwa die „unmittelbare Selbstschädigung, etwa durch Konsum von Tabak und Alkohol, durch ungesunde Ernährung oder Bewegungsmangel, durch die Risikobereitschaft von Sportlern und Verkehrsteilnehmern zum Ausgangspunkt einer speziellen Kostenverantwortung zu machen“⁷.

Dabei denkt Kirchhof weniger an „Steuererhöhungen“ (etwa der Tabaksteuer), da diese kaum einen Lenkungseffekt haben, sondern vielmehr daran, dass der Selbstschädiger vermehrt zu den Kosten seiner höchstpersönlichen Behandlung heranzuziehen sei.

Aber auch hier gelangt er zur Erkenntnis, dass das Individualrecht auf Gesundheit „jeder Einschränkung notwendiger medizinischer Leistungen je nach Mitverursachung durch den Betroffenen Schranken (setzt).“

„Eine Rationierung medizinischer Leistungen nach Eigenverantwortlichkeit ist schlechthin ausgeschlossen“, wengleich nach ihm das Einfordern einer finanzwirtschaftlichen Mitverantwortung, etwa durch Sonderzuschläge auf die allgemeinen Beitragspflichten zur Krankenversicherung, möglich bleibt.⁸

Kirchhof setzt demzufolge auf die **finanzwirtschaftliche Eigenverantwortlichkeit des Patienten** und konstatiert:

„Wenn jeder Patient für medizinische Leistungen einen gewissen Kostenanteil aus eigenem Vermögen zu zahlen hätte, würde dadurch eine Mitkontrolle von medizinischer Leistung und ihren Preis durch den Nachfrager veranlasst.“⁹

„Soziale Härten könnten durch entsprechende Bemessung der Sozialleistungen aufgefangen werden. Selbst wenn der Patient letztlich nur den Betrag an den Arzt weitergäbe, den er vorher – in typisierender Bemessung – von der Sozialhilfe erhalten hätte, würde er doch sorgfältig über die Frage nachdenken, ob er dieses Geld zum Arzt tragen oder aber anderen Verwendungen zuführen wollte“.¹⁰

Die neue „Kultur des Maßes für die Medizin“ steht gleichwohl auch bei einer finanziellen Mitbeteiligung des Patienten nicht unter einem „Finanzierungsvorbehalt“ dergestalt, als dass etwa bei Nichtzahlung der insoweit geforderten Selbstbeteiligung eine notwendige medizinische Behandlung verweigert werden darf¹¹.

⁷ Kirchhof, ebenda

⁸ Kirchhof, S. 450

⁹ Kirchhof, ebenda

¹⁰ Kirchhof, ebenda

¹¹ Kirchhof, ebenda

Dieser Hinweis von Kirchhof beruhigt dennoch nicht, da er sich nach diesen Aussagen der „zentralen Frage“ zuwendet, welche medizinischen Leistungen verzichtbar oder unverzichtbar sind

„oder deutlicher: welche Leistungen notwendig, wünschenswert, hilfreich oder überflüssig sind.“

Im Rahmen der vorliegenden Beitragsrezension soll lediglich auf den Aspekt der „überflüssigen Leistungen“ in der Medizin eingegangen werden¹².

Das sog. überflüssige Leistungen ein großes Potenzial an Einsparungsmöglichkeiten eröffnen, ist eine ökonomische Binsenweisheit. Deshalb wird man den aufgelisteten Beispielen Kirchhofs kaum etwas entgegen zu setzen haben, wenngleich es bedenklich stimmt, dass er etwa mit Blick auf den Patientenchip als eine neue Technik es nicht nachvollziehen kann, dass dieser aus Gründen des Datenschutzes nicht angemessen genutzt werden kann.

„Wer seinem Arzt – dem Arzt seiner Wahl und seines Vertrauens – seinen Chip vorlegt, um ihn zu informieren und ihn damit eine Grundlage für eine gute Behandlung, auch für das Vermeiden übermäßig belastender Diagnosewiederholungen zu geben, ist individuell in seiner Privat- und Persönlichkeitssphäre nicht nachteilig betroffen.“¹³

In diesem Zusammenhang stehend ist P. Kirchhof an die nicht ganz unbedeutende Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts über das Volkszählungsgesetz 1983¹⁴ zu erinnern, in der das Gericht das „Recht auf informationelle Selbstbestimmung“ als „Befugnis des einzelnen, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten zu bestimmen“¹⁵ beschrieben hat. War seinerzeit die Diskussion um den „gläsernen Menschen“ nachhaltig entbrannt, so gilt es gegenwärtig, die Gefahren eines „gläsernen Patienten“ abzuwenden, zumal in Zeiten moderner DNA-Analysetechniken¹⁶, auch wenn dieses Recht auf „informationelle Selbstbestimmung“ nicht schrankenlos gewährleistet ist.

„Der einzelne hat nicht ein Recht im Sinne einer absoluten, uneinschränkbaren Herrschaft über seine Daten; er ist vielmehr eine sich innerhalb der sozialen Gemeinschaft entfaltende, auf Kommunikation angewiesene Persönlichkeit. Information, auch soweit sie personenbezogen ist, stellt ein Abbild sozialer Realität dar, das nicht ausschließlich dem Betroffenen allein zugeordnet werden kann. Das Grundgesetz hat, wie in der Rechtsprechung des BVerfG mehrfach hervorgehoben ist, die Spannung Individuum – Gemeinschaft im Sinne

¹² Vgl. zu den anderen Aspekten, Kirchhof, S. 452 ff.

¹³ Kirchhof, S. 455

¹⁴ BVerfGE 65, 1ff. – Volkszählung = in NJW 1983, S. 419 ff.; vgl. hierzu auch den instruktiven Beitrag von Priebe (Gehrls, Volkszählungsurteil, BVerfGE 65, 1 – Volkszählung, 2002

¹⁵ BVerfG, ebenda, S. 43

¹⁶ Vgl. hierzu als Einstieg etwa Menzel, Brennpunkt: Datenschutz – DNA-Analysen (LfD NRW – Der gläserne Mensch 2003); ebenso Beckmann, Selbstbestimmungsrecht – was bleibt? (Gen-)informationelles Selbstbestimmungsrecht. Ethische Fragen (LfD NRW – Der gläserne Mensch 2003).

der Gemeinschaftsbezogenheit und Gemeinschaftsgebundenheit der Person entschieden¹⁷. Grundsätzlich muss daher der Einzelne Einschränkungen seines Rechts auf informationelle Selbstbestimmung im überwiegenden Allgemeininteresse hinnehmen. Diese Beschränkungen bedürfen nach Art. 2 I GG – wie in § 6 I des Bundesstatistikgesetzes auch zutreffend anerkannt worden ist – einer (verfassungsmäßigen) gesetzlichen Grundlage, aus der sich die Voraussetzungen und der Umfang der Beschränkungen klar und für den Bürger erkennbar ergeben und die damit dem rechtsstaatlichen Gebot der Normenklarheit entspricht¹⁸. Bei seinen Regelungen hat der Gesetzgeber ferner den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten. Dieser mit Verfassungsrang ausgestattete Grundsatz folgt bereits aus dem Wesen der Grundrechte selbst, die als Ausdruck des allgemeinen Freiheitsanspruchs des Bürgers gegenüber dem Staat von der öffentlichen Gewalt jeweils nur soweit beschränkt werden dürfen, als es zum Schutz öffentlicher Interessen unerlässlich ist^{19,20}.

Mit der von Kirchhof propagierten „Kultur eines neuen Maßes in der Medizin“ scheint auch ein „neues Verständnis“ von Datenschutz und den datenschutzrechtlichen Belangen der Patienten verbunden zu sein, zumal er davon ausgeht, dass der Patientenchip schließlich die Grundlage „für eine gute Behandlung“ und demzufolge der Patient in seinen individuellen Persönlichkeitssphäre nicht betroffen sei.

Für sich genommen durchaus ein plausibles Argument, wengleich die Gefahren wohl eher in einer möglichen Vernetzung medizinisch relevanter Daten bestehen dürften und nicht – wie von Kirchhof befürchtet - in einer „übermäßig belastender Diagnosewiederholung“²¹. Das die Datenschutzdiskussion trotz [§ 291a SGB V](#)²² unvermindert aktuell ist, zeigt denn auch ein Blick in die neuere Literatur, wonach vor dem Hintergrund der Disease-Management-Programme „erhebliche Lücken“ beim Datenschutz beklagt werden²³. Von daher ist es im Kern durchaus begrüßenswert, dass das in weiten Teilen der Bevölkerung schwindende Bewusstsein für die datenschutzrechtlichen Belange geschärft wird.

Bedeutsam sind auch die Ausführungen Kirchhofs zur „**medizinischen Kunst und schicksalhaften Entwicklung**“. Er bietet dem interessierten Leser fünf Orientierungsregeln für die ärztliche Entscheidung (u.a. am Lebensende) an²⁴;

„die individuelle Krankheitslage (zwingt) den verantwortlichen Arzt in Respekt vor dem natürlichen Ablauf des menschlichen Lebens zu der Entscheidung, ob der Ablauf der Krankheit ohne medizinischen Eingriff als schicksalhaft

© 2005

¹⁷ BVerfGE 4, 7 (15) = NJW 1954, 1235; BVerfGE 8, 274 (329) = NJW 1959, 475; BVerfGE 27, 1 (7) = NJW 1969, 1707; BVerfGE 27, 344 (351 f.) = NJW 1970, 555; BVerfGE 33, 303 (334) = NJW 1972, 1561; BVerfGE 50, 290 (353) = NJW 1979, 699; BVerfGE 56, 37 (49) = NJW 1981, 1431

¹⁸ BVerfGE 45, 400 (420) = NJW 1977, 1723 m. w. Nachw.

¹⁹ BVerfGE 19, 342 (348) = NJW 1966, 243; st. Rspr.

²⁰ BVerfGE 65, 1ff. = NJW 1983, S. 419 (422)

²¹ Kirchhof, aaO., S. 455; dieses Argument verfängt nicht, da ohnehin die Ärzteschaft gehalten ist, bereits aus Haftungsgründen eine „Überdiagnostik“ zu vermeiden.

²² Siehe den Normtext am Ende des Beitrages >>> [§ 291a SGB V](#)

²³ „Das Schlimmste wäre der gläserne Patient ohne Privatsphäre“: unter

<http://www.aerztezeitung.de/docs/2005/06/14/107a0901.asp?cat=/computer/telemedizin>; allgemein zur Problematik: Peter Schaar, Bundesbeauftragter für den Datenschutz, Datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen der elektronischen Gesundheitskarte, Vortrag im Rahmen des Symposiums „elektronische Gesundheitskarte Erwartungen – Chancen – Risiken, 07.07.05 (Nürnberg) unter:

<http://www.bfd.bund.de/aktuelles/akt20050817.pdf>; vgl. auch das Interview mit A. Köhler (Vorstand der KBV) unter <http://www.zdf.de/ZDFde/inhalt/14/0,1872,2290702,00.html>

²⁴ Kirchhof, aaO. S. 456 ff.

*akzeptiert werden muss oder die ärztliche Kunst zur Besserung der Lage des Patienten beitragen kann*²⁵.

Diese ärztliche Entscheidung ist alleine aus der Sicht der Medizin zu treffen und darf nach ihm finanzwirtschaftlich nicht verfremdet werden, wenngleich er konstatiert, dass die ärztliche Entscheidung gleichwohl erhebliche finanzwirtschaftliche Folgewirkungen nach sich ziehen kann.

Erstaunlich freilich ist, dass ein Verfassungsrechtler bei seinen fünf Orientierungsregeln mit keiner Silbe die vielerorts geführte Diskussion um die Patientenautonomie erwähnt. Eher das Gegenteil steht nach dem Lesen der knapp gehaltenen Ausführungen zu befürchten an, da insoweit nach Kirchhof stets die „**gediegene medizinische Prognose**“ bei der Frage nach dem Grund und ggf. die Grenzen einer medizinischen Behandlung maßgeblich sein soll.

„Begründet die gediegene medizinische Prognose die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient nach dem medizinischen Eingriff das Bewusstsein nicht wieder erlangen wird, so verspricht der medizinische Eingriff nach den Wertungen des Art. 1 GG (Menschenwürde) und Art. 2 GG (freie Entfaltung der Persönlichkeit) keine Besserung und hat deshalb zu unterbleiben“.

„Wird der medizinische Eingriff das Leben des Patienten voraussichtlich verlängern, ihm dafür aber erhebliche Behinderungen und Schmerzen für die Dauer seines verbleibenden Lebens zufügen, und erscheinen diese Eingriffsfolgen im Vergleich zum natürlichen Ablauf unzumutbar, so kann der Tod eine Erlösung sein, insoweit der Heileingriff die Lage des Patienten nicht verbessert. Hier ist der Arzt nicht zum Eingriff verpflichtet. Seine Entscheidung bestimmt sich vorrangig nach ärztlicher Verantwortbarkeit, weniger nach willentlicher Disposition des Patienten, mag aber durch Verfahrenserfordernisse – insbesondere ein Patientengespräch, eine Beteiligung von Ehegatten und Verwandten – abgestützt werden. Für den Pflichtenstatus des Arztes gewinnt die medizinische Indikation also ein deutliches Gewicht vor der individuellen Einwilligung.“²⁶

© 2005

Nicht ohne Ironie kann Kirchhof weiter zitiert werden: „wer stattdessen die Beschaulichkeit pflegt, zieht die Freiheit zu Selbstbetrachtung und Nachdenklichkeit vor“²⁷ und trotz des gebotenen Respekts vor der Person Kirchhofs wäre gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte um den Grund und die Grenzen der Palliativmedizin ein „intensiveres Nachdenken“ erforderlich gewesen. Allein die Wortwahl lässt auf ein seltsam anmutendes, alltagstheoretisches Räsonieren schließen, wenn letztlich im Kern ausgeführt wird, dass man über „Verfahrenserfordernisse“ nachdenken könne. Zwar könne ein Patientengespräch in Betracht gezogen werden, aber eigentlich bedarf es eines solchen nicht. Selbst wenn der Patient eine andere Auffassung von seinem unwiderruflichen Lebensende hätte, bedarf es offensichtlich keiner Einwilligung des Patienten, da schließlich der Arzt

²⁵ Kirchhof, ebenda

²⁶ Kirchhof, aaO., S. 457

²⁷ Kirchhof, aaO., S. 448

verpflichtet ist, anhand seiner infausten Prognose die weitere Behandlung einzustellen.

Nun kann es sein, dass hier die Zeilen fehl interpretiert werden, wenngleich gerade in der Verzahnung mit den gesundheitsökonomischen Überlegungen ein Gefühl des Unbehagens bleibt. Nach Kirchhof verlangt das Wirtschaftlichkeitsprinzip „eine verschärfte medizinische Indikation“ und eben dieses Prinzip „erinnert erneut an die Frage, welcher Krankheitsverlauf als schicksalhaft hingenommen werden muss.“²⁸

Die gewichtigen Ausführungen Kirchhofs firmieren unter der Abschnittsüberschrift „Die Stärkung der Verantwortlichkeit als Wirtschaftlichkeitsprinzip“ und es drängt sich der Verdacht auf, als dass hier der Patient vollends seiner Autonomie beraubt wird, auch wenn Kirchhof die Stärkung der individuellen Verantwortlichkeit von Arzt und Patient anmahnt und unablässig betont.²⁹

Ohne hier dem Autor nahe treten zu wollen, wäre es doch letztlich konsequenter, die Inpflichtnahme der Person vor dem Hintergrund der begrenzten (medizinökonomischen) Ressourcen und den finanzwirtschaftlichen Grenzen einzufordern. Wenn die „gediegene medizinische Prognose“ keine Heilung mehr verspricht, so obliegt es dem finanzwirtschaftlich vernünftig denkenden und vor allem verantwortungsvollen Patienten, umgehend von weiteren medizinischen Behandlungsmaßnahmen, ggf. mit Ausnahme einer Schmerztherapie, Abstand zu nehmen.

Die geforderte neue „Kultur des Maßes in der Medizin“ mündet so unweigerlich auch in einen kollektiven „Erziehungsprozess“ sowohl der Ärzteschaft als auch der Patienten und es bleibt zu hoffen, dass diese Visionen eines Verfassungsrechtlers keine „Verfassungswirklichkeit“ werden.

Das therapeutische Privileg des Arztes und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird unversehens entgegen den Bekundungen des Autors einem Finanzierungsvorbehalt unterworfen; das Beispiel von Kirchhof am Ende seines Beitrages von der Gesundheit und dem Wasser als ein gleichermaßen lebensnotwendiges Gut regt zum weiteren Nachdenken an:

„Das Wasser zum Trinken ist unverzichtbar, das Wasser zum Waschen kulturnotwendig, das Wasser für die Vielzahl von Schwimmbädern vertrauter Überfluss, das Wasser für Wasserspiele Verschwendung, das Wasser für das Mühlrad technische Vergangenheit. Drängt gegenwärtig ein stetig steigender Bedarf das Wasser aus dem Fluss gleichmäßiger und maßvoller Versorgung zum Überfluss, so muss die Rechtsordnung eine Kultur des Maßes wieder herstellen. Lassen Sie uns dabei wieder auf die Wasserkundigen und die Durstigen hören. Dann werden wir Wasser sparen, ohne zu verdursten...“³⁰

²⁸ Kirchhof, aaO., S. 460

²⁹ Kirchhof, aaO., S. 458

³⁰ Kirchhof, aaO., S. 460

Das Gleichnis ist imposant und der Wasserkundige scheint der Arzt, der Durstige der Patient zu sein, aber im Grunde genommen sind alle verantwortungsbewusste Finanzwissenschaftler.

Resümee

Der Beitrag ist durchaus lesenswert und regt in der Tat zum intensiven Nachdenken an; „das Prinzip der Verantwortung“ (Jonas) wird durch das „Prinzip der finanzwirtschaftlichen Eigenverantwortlichkeit“ und der damit begründeten „Kultur des Maßes“ (Kirchhof) abgelöst, um so „die ausufernde Begehrlichkeit jedes Menschen nach individuell nützlichen Leistungen gerade beim Patienten auf die bestmögliche Behandlung“³¹ eindämmen zu können, wobei wir dann in der Tat wieder beim „Wasser“ wären – es gilt offensichtlich, einen „Dammbruch“ auch um den Preis fundamentaler Verfassungsprinzipien – wie das Selbstbestimmungsrecht - finanzwirtschaftlich zu schließen.

Lutz Barth

[>>> zurück zur Textstelle](#)

§ 291a SGB V Elektronische Gesundheitskarte

(1) Die Krankenversichertenkarte nach § 291 Abs. 1 wird bis spätestens zum 1. Januar 2006 zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung für die in den Absätzen 2 und 3 genannten Zwecke zu einer elektronischen Gesundheitskarte erweitert.

(2) Die elektronische Gesundheitskarte hat die Angaben nach § 291 Abs. 2 zu enthalten und muss geeignet sein, Angaben aufzunehmen für

1. die Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form sowie
2. den Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen im Geltungsbereich der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2) und der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 74 S. 1) in den jeweils geltenden Fassungen.

§ 6c des Bundesdatenschutzgesetzes findet Anwendung.

(3) Über Absatz 2 hinaus muss die Gesundheitskarte geeignet sein, folgende Anwendungen zu unterstützen, insbesondere das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von

³¹ Kirchhof, aaO., S. 459

1. medizinischen Daten, soweit sie für die Notfallversorgung erforderlich sind,
2. Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen sowie Behandlungsberichten in elektronischer und maschinell verwertbarer Form für eine einrichtungsübergreifende, fallbezogene Kooperation (elektronischer Arztbrief),
3. Daten einer Arzneimitteldokumentation,
4. Daten über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte sowie Impfungen für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation über den Patienten (elektronische Patientenakte),
5. durch von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten sowie
6. Daten über in Anspruch genommene Leistungen und deren vorläufige Kosten für die Versicherten (§ 305 Abs. 2).

Spätestens bei der Versendung der Karte hat die Krankenkasse die Versicherten 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. Mit dem Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten der Versicherten nach diesem Absatz darf erst begonnen werden, wenn die Versicherten jeweils gegenüber dem Arzt, Zahnarzt 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 nach diesem Absatz beschränkt werden. § 6c des Bundesdatenschutzgesetzes findet Anwendung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene das Nähere über Inhalt und Struktur für die Bereitstellung und Nutzung der Daten nach Satz 1. Die Vereinbarung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Vor Erteilung der Genehmigung ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 6 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist zu Stande, bestimmt dieses nach Anhörung der Beteiligten ihren Inhalt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

(4) Zum Zwecke des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens mittels der elektronischen Gesundheitskarte dürfen, soweit es zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist, auf Daten

© 2005

1. nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ausschließlich
 - a) Ärzte,
 - b) Zahnärzte,
 - c) Apotheker,
 - d) sonstiges pharmazeutisches Personal und das sie unterstützende Apothekenpersonal sowie
 - e) Sonstige Erbringer ärztlich verordneter Leistungen,
-
2. nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 bis 5 ausschließlich
 - a) Ärzte
 - b) Zahnärzte,
 - c) Apotheker,

d) nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 in Notfällen auch Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,

zugreifen. Die Versicherten haben das Recht, auf die Daten nach Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 zuzugreifen.

(5) Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten mittels der elektronischen Gesundheitskarte in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 ist nur mit dem Einverständnis der Versicherten zulässig. Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nr. 2 bis 6 der Zugriff nur durch Autorisierung der Versicherten möglich ist. Der Zugriff auf Daten sowohl nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 als auch nach Absatz 3 Satz 1 mittels der elektronischen Gesundheitskarte darf nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis, im Falle des Absatzes 2 Satz 1 Nr. 1 auch in Verbindung mit einem entsprechenden Berufsausweis, erfolgen, die jeweils über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügen; im Falle des Absatzes 3 Satz 1 Nr. 5 können die Versicherten auch mittels einer eigenen Signaturkarte, die über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügt, zugreifen. Zugriffsberechtigte Personen nach Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d und e sowie Nr. 2 Buchstabe d, die über keinen elektronischen Heilberufsausweis oder entsprechenden Berufsausweis verfügen, können auf die entsprechenden Daten zugreifen, wenn sie hierfür von Personen autorisiert sind, die über einen elektronischen Heilberufsausweis oder entsprechenden Berufsausweis verfügen, und wenn nachprüfbar elektronisch protokolliert wird, wer auf die Daten zugegriffen hat und von welcher Person die zugreifende Person autorisiert wurde. Der Zugriff auf Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 mittels der elektronischen Gesundheitskarte kann abweichend von den Sätzen 3 und 4 auch erfolgen, wenn die Versicherten den jeweiligen Zugriff durch ein geeignetes technisches Verfahren autorisieren.

(6) Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 müssen auf Verlangen der Versicherten gelöscht werden; die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 für Zwecke der Abrechnung bleiben davon unberührt. Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass mindestens die letzten 50 Zugriffe auf die Daten nach Absatz 2 oder Absatz 3 für Zwecke der Datenschutzkontrolle protokolliert werden. Eine Verwendung der Protokolldaten für andere Zwecke ist unzulässig. Die Protokolldaten sind durch geeignete Vorkehrungen gegen zweckfremde Verwendung und sonstigen Missbrauch zu schützen.

(7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene vereinbaren die Schaffung der, insbesondere für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, des elektronischen Rezeptes und der elektronischen Patientenakte, erforderlichen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur. Die Vereinbarung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Vor Erteilung der Genehmigung ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist zu Stande, bestimmt dieses nach Anhörung der Beteiligten ihren Inhalt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

(8) Vom Inhaber der Karte darf nicht verlangt werden, den Zugriff auf Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 oder Absatz 3 Satz 1 anderen als den in Absatz 4 Satz 1 genannten Personen oder zu anderen Zwecken als denen der Versorgung der Versicherten, einschließlich der Abrechnung der zum Zwecke der Versorgung erbrachten Leistungen, zu gestatten; mit ihnen

darf nicht vereinbart werden, Derartiges zu gestatten. Sie dürfen nicht bevorzugt oder benachteiligt werden, weil sie einen Zugriff bewirkt oder verweigert haben.

[>>> zurück zur Textstelle](#)

Literaturempfehlung:

Peter Schaar,
Bundesbeauftragter für den Datenschutz,

Datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen der elektronischen Gesundheitskarte

Vortrag im Rahmen des Symposiums „elektronische Gesundheitskarte Erwartungen – Chancen – Risiken, 07.07.05 (Nürnberg)

unter: <http://www.bfd.bund.de/aktuelles/akt20050817.pdf>

© IQB 2005

Für Anregungen und Kritik ist Ihnen der Verfasser verbunden:

Email >>> webmaster@iqb-info.de

Zurück zur Webpräsenz des IQB

www.iqb-info.de

© 2005