

Gerhard Kunnert

Der vernetzte „elektronische“ Patient * * *

Zur informationstechnischen Durchdringung des Gesundheitswesens

Der ständig zunehmende Einsatz von Informationstechnologie (IT) macht naturgemäß auch nicht vor dem Gesundheitswesen Halt. Schon seit geraumer Zeit sind insbesondere Krankenhäuser bestrebt, ihre innerbetriebliche Dokumentation, Kommunikation und Organisation aus Effizienzgründen von einer ursprünglich rein papiergebundenen über eine computergestützte hin zu einer voll-elektronischen weiterzuentwickeln. Letztere Stufe ermöglicht zudem über ein jeweils lokales Krankenhaus-Informationssystem (KIS) und seine Subsysteme (Laborinformationssystem, Histologie- und Pathologiedokumentationssystem, Geburtendokumentation uam) hinausgehende Informationsverbünde – etwa zwischen mehreren Krankenhäusern ein und desselben Trägers.

Etwas langsamer vor sich geht die „Digitalisierung“ des sogenannten niedergelassenen Sektors. Auch Arztpraxen kommen aber mittlerweile kaum noch ohne EDV-Ausstattung aus und nutzen spezifische Software (Praxisverwaltungssysteme – PVS) nicht nur zur bloßen Verwaltung ihrer Patienten anhand administrativer Daten (Versicherungsnummer etc), sondern auch zur Speicherung

* Der Beitrag spiegelt ausschließlich die persönliche Meinung des Autors wider.

** Sofern personenbezogene Bezeichnungen aus Gründen der Textökonomie in geschlechtsspezifischer Form verwendet werden, sind sie geschlechtsneutral zu verstehen und gelten sowohl für die männliche als auch für die weibliche Form.

sensibler Informationen (Diagnosen, Befunde, Therapien, Verordnungen usw).

Mit dem flächendeckenden Ausbau leistungsfähiger Netze zur schnellen Datenübertragung (Stichwort: Breitband-Internet bzw bereichsspezifische Hochleistungsnetze) eröffnete sich auch die Möglichkeit der informationstechnischen Vernetzung der „Primärsysteme“ (PVS, KIS) der verschiedenen Gesundheitsdienstleister, und zwar sowohl jener innerhalb eines jeweiligen Sektors (Arztpraxis zu Arztpraxis) als auch sektorübergreifend (Arztpraxis zu Krankenhaus), ja sogar länderübergreifend.

Die angesprochene Vernetzung in Verbindung mit verbesserten Technologien zur Verarbeitung auch umfangreicher Bilddateien, Miniaturisierungstrends („intelligente Implantate“), der weiten Verbreitung von Internetzugängen in Privathaushalten und der Mobilfunktechnik eröffnete vielfältige neue Handlungsoptionen. Diese reichen von der Online-Terminvereinbarung, der Online-Prüfung des Versicherungsstatus von Patienten oder der Online-Leistungsabrechnung zwischen Gesundheitsdienstleister und Versicherer auf Basis der elektronischen Gesundheitskarte (kurz: „eGK“; in Österreich: „e-card“) über daran anknüpfende Anwendungen wie den elektronischen Befund (Labor/Radiologie; „eBefund“), die elektronische Überweisung bzw den elektronischen Arzt- oder Patientenbrief („eArztbrief“), das elektronische Rezept („eRezept“), die elektronische Arzneimitteldokumentation, die elektronischen Notfalldaten, ein Patientenverfügungsregister oder die (sektorübergreifende) elektronische Patientenakte (auch: „Gesundheitsakte“/„Krankenakte“; kurz auch „ePAK“) bis hin zu diversen sogenannten „telemedizinischen“ Anwendungen (zB Teleconsulting, Teletherapie oder Telemonitoring).

Darüber hinaus ermöglicht das Medium Internet die zeit- und ortsunabhängige Bereitstellung qualitativvoller strukturierter medizinischer Informationen, die sich sowohl direkt an Patienten als auch an Gesundheitsdienstleister oder medizinisch Auszubildende

richten und das bezügliche Informationsangebot wesentlich verbessern können.

Als Zukunftsvisionen behandelt werden beispielsweise der routinemäßige Einsatz von DNA-Chips zur schnellen Genomanalyse in Verbindung mit einem automatisierten Abgleich gegen eine Personenprofilatenbank zwecks sofortiger Identifizierung von Notfallpatienten oder das Auslesen von Viralparametern (Blutdruck, Blutwerte etc) über implantierte RFID-Chips.

Zur Umschreibung sämtlicher (technischer) Entwicklungen bzw Bestrebungen zum Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie auf dem Felde des Gesundheitswesens, verbunden mit dem Ziel, insbesondere Qualitäts- und Effizienzsteigerungen zu erzielen, wird heute oftmals auf das Kunstwort „E-Health“ (auch: „eHealth“, „E-Gesundheit“) zurückgegriffen. Daneben finden weiterhin Begriffe wie „medizinische Informatik“ oder „Gesundheitstelematik“ Verwendung.

Zur besonderen Datenschutzrelevanz gesundheitsbezogener Informationen im Allgemeinen und deren Manifestierung in einschlägigen Schutzgesetzen

Individuelle gesundheitsbezogene Informationen werden der höchstpersönlichen Sphäre des jeweils betroffenen Menschen zugeordnet und folglich als (besonders) „sensibel“ Daten qualifiziert. Eine erfolgreiche Behandlung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen setzt freilich die Preisgabe solcher sensibler Informationen gegenüber einem behandelnden Arzt oder allfälligen sonstigen Gesundheitsdienstleistern voraus. Es liegt auf der Hand, dass Patienten zur Offenlegung von Daten über ihre körperlichen oder psychischen Beschwerden nur bereit sind, wenn sie auf den diskreten Umgang mit diesen Informationen seitens des/der Adressaten vertrauen können. Um eben dieses Vertrauen entweder überhaupt

zu ermöglichen oder zu schützen, haben Gesellschaften schon vor Jahrtausenden das „Rechtsinstitut“ der ärztlichen Schweigepflicht entwickelt (Stichwort: „Eid des Hippokrates“).

Ausdrückliche gesetzliche bzw berufsrechtliche Schweigepflichten bestehen heute über den Kreis der Ärzte und deren Hilfspersonal hinaus auch für Angehörige weiterer heilbehandelnder Berufe (zB Psychotherapeuten, Psychologen, Apotheker) bzw Vertreter assistierender Heilberufe (Krankenpfleger, Altenpfleger uä). Betriebsärzte unterliegen auch im Verhältnis zum Arbeitgeber der ärztlichen Schweigepflicht.

Die genannten Verschwiegenheitspflichten dienen letztlich der Wahrung der menschenrechtlich durch Artikel 8 EMRK geschützten Privatsphäre der Patienten und damit dem Schutz des verfassungsrangigen (Grund-)Rechts auf informationelle Selbstbestimmung (vgl BVerfGE 65, 1; in Österreich: Grundrecht auf Datenschutz gem. § 1 DSG 2000). Zivilrechtlich gesehen gilt die ärztliche Schweigepflicht im Übrigen als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag (auch: Arztvertrag) zwischen Arzt und Patient. Nachdruck verliehen wird den hier interessierenden Schweigepflichten durch die Androhung gerichtlicher Geld- oder Freiheitsstrafen für den Fall ihrer Verletzung. Zusätzlich „abgesichert“ werden sie durch die Normierung von Zeugnisverweigerungsrechten für Angehörige vorgenannter Berufe und deren Gehilfen im Strafprozessrecht. Letztere Rechte dürfen nicht durch die Beschlagnahme von Aufzeichnungen des vorgenannten Kreises umgangen werden; hinzu kommt ein zivilprozessuales Zeugnisverweigerungsrecht für Ärzte. Neben den erwähnten strafrechtlichen Konsequenzen drohen unter Umständen auch berufsrechtliche Konsequenzen in Form eines Verbots der weiteren Berufsausübung bzw spezifische standesrechtliche Sanktionen.

Für sonstige Arbeitnehmer im Umfeld von Heilberufen hat der Bruch von Verschwiegenheitspflichten als solcher in der Regel zwar keine unmittelbare strafrechtliche Konsequenz, wohl aber stellt er

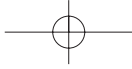
regelmäßig eine Verletzung arbeitsvertraglicher Verpflichtungen dar und kann bis zur Kündigung führen.

Infolge der Verrechnung medizinischer Leistungen gelangen bestimmte sensible Daten (va betreffend Diagnose und Therapie) von den Leistungserbringern zu den Leistungsträgern (staatliche und private Versicherungen). Auch solche Daten unterfallen der Pflicht zur Geheimhaltung.

Im Lichte des erreichten Umfangs des Einsatzes von IT im Gesundheitswesen liegt es auf der Hand, dass auch nichtmedizinisches Personal in Form von IT-Experten mit gesundheitsrelevanten Informationen in Berührung kommen kann. Diesfalls greift grundsätzlich die spezifische Verpflichtung zur Wahrung des sogenannten „Datengeheimnisses“ ein. Verstöße können je nach Fall in Ordnungswidrigkeiten bzw. Verwaltungsübertretungen oder gerichtlich strafbare Delikte münden.

Soweit Ärzte oder andere Angehörige von Heil- und Gesundheitsberufen eine eigene Praxis betreiben und insofern auch Verantwortung für deren informations- und kommunikationstechnische Ausstattung tragen, haben sie über ihre berufsspezifische Schweigepflicht hinaus selbstverständlich relevante Vorgaben des allgemeinen Datenschutzrechts zu beachten (zB Regelungen über Datensicherheit, Betroffenenrechte wie das Auskunftsrecht oder die Weiterverwendung von Daten für Forschungszwecke).

Besonderen rechtlichen Schutz genießen im Übrigen Informationen über das menschliche Erbgut.



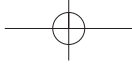
Datenschutzpolitischer Paradigmenwechsel
infolge Datenvernetzung?

*Zur herkömmlichen Reichweite ärztlicher Verschwiegenheitspflichten
im niedergelassenen Bereich*

Die im Vorabschnitt angesprochene ärztliche Schweigepflicht umfasst alles, was dem behandelnden Arzt in dieser Eigenschaft anvertraut oder bekannt geworden ist (einschließlich der Wohn- und Lebenssituation, des hygienischen Zustands, Vorlieben usw), und zwar grundsätzlich auch über den Tod des Patienten hinaus. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde (in Österreich wird – enger – auf anvertraute bzw bekannt gewordene „Geheimnisse“ abgestellt).

Wesentlich für den gegebenen Kontext ist nun, dass die ärztliche Schweigepflicht nicht nur „Dritten“ (andere Patienten, deren Angehörige, Behörden etc) gegenüber, sondern auch im Verhältnis zwischen Ärzten besteht. Eine gewisse Durchbrechungsmöglichkeit besteht für den Fall, dass mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln. Diesfalls sind die betreffenden Ärzte untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist. In der Praxis wird hier in der Regel von einer stillschweigenden Einwilligung des Patienten ausgegangen.

Aus dem Gesagten folgt im Umkehrschluss, dass es einem Arzt, der von einem bereits anderweitig in Behandlung stehenden Patienten um eine Zweitmeinung ersucht wird, im Zweifel untersagt ist, einschlägige Informationen mit dem erstbehandelnden Kollegen auszutauschen. Andererseits ist nicht von der Hand zu weisen, dass es aus der Sicht des Patienten durchaus von Nutzen sein kann, wenn sein Hausarzt Kenntnis von bestimmten Diagnose- bzw Behand-



lungsdaten erlangt, welche über ihn bei anderen Gesundheitsdienstleistern (insbesondere anderen Fachärzten) anfallen, und diese sammelt. Eine selbständige Recherche solcher Daten durch einen Hausarzt ohne (widerrufbare) schriftliche Einwilligung des Patienten wäre freilich genauso unzulässig wie eine automatische Übermittlung von Daten durch Fachärzte an den in Betracht kommenden Hausarzt.

In letzter Konsequenz schlägt diese Sichtweise der ärztlichen Schweigepflicht auch auf die Übergabe bzw. Auflassung von Arztpraxen durch. In diesen Fällen dürfen Patientendaten ohne Zustimmung der Betroffenen vom Praxisnachfolger oder einem Archivar nicht eingesehen oder weitergegeben, sondern müssen strikt unter Verschluss gehalten werden.

Ergänzend sei angemerkt, dass es in begründeten Fällen gewisse Durchbrechungen der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht geben muss. Einmal bestehen gesetzliche Meldepflichten gegenüber staatlichen Stellen im Interesse der Gesundheitspflege (Stichwort: „Seuchenbekämpfung“). Hinzu kommen in bestimmten Verdachtsfällen betreffend Straftaten Anzeigepflichten an die Strafverfolgungsbehörden.

Deutlich relativiert wird die ärztliche Verschwiegenheitspflicht durch eine Reihe von Informationspflichten gegenüber den Kostenträgern (Krankenversicherungen), kassenärztlichen Vereinigungen oder Aufsichtsbehörden. Infolge der gesetzlich verpflichtenden Übermittlung von Angaben zu Diagnose und Therapie in Verbindung mit den personenbezogenen Daten der Versicherten gelangen die Krankenversicherungen zu Daten, die es ihnen technisch ermöglichen, patientenbezogene Auswertungen vorzunehmen.



Zur Relativierung ärztlicher Verschwiegenheitspflichten im Krankenanstaltenbereich

Die bisher behandelten beruflichen Verschwiegenheitspflichten, insbesondere die ärztliche Schweigepflicht, kommen grundsätzlich auch in Krankenhäusern zum Tragen. Deren spezifische innere Organisationsstruktur (üblicherweise keine Zuweisung von Patienten zu einem bestimmten Arzt, sondern zu einer Fachabteilung) bzw. deren Aufgabenstellungen (Behandlung von Akutfällen, 24 Stunden-Betreuung im stationären Bereich) bedingen allerdings von vornherein eine gewisse Einschränkung der hier interessierenden Schweigepflichten im Vergleich zum niedergelassenen Sektor.

Als erster Anlaufpunkt für Patienten fungieren in der Regel Leitstellen oder ähnliche Empfangseinrichtungen innerhalb einer Fachabteilung, die sich um die Aufnahme/Anmeldung neuer Patienten kümmern. Solche Stellen müssen aus organisatorischen Gründen Zugriff auf eine Art „Stammdatensatz“ jedes Patienten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Patientenaufnahmenummer, Versicherungsdaten, einweisender Arzt uam) haben. Da Situationen auftreten können, die die Klärung der Zuordnung eines Patienten zu einer bestimmten Fachabteilung erfordern, wird die Einräumung eines Lesezugriffs auf einen reduzierten Stammdatensatz auch für die anderen Fachabteilungen eines Krankenhauses als zulässig anzusehen sein.

Hinsichtlich der detaillierten Diagnose- und Therapiedaten hingegen ist auch mit Blick auf den allgemeinen datenschutzrechtlichen Grundsatz der Erforderlichkeit davon auszugehen, dass diese – von Fällen der parallelen Behandlung („Mitbehandlung“) durch eine bestimmte andere Fachabteilung sowie Notfällen (dann gegebenenfalls auf „Notfalldaten“ eingeschränkt) einmal abgesehen – nicht über jene Fachabteilung hinaus zugänglich sein dürfen, welcher aktuell die Behandlung eines Patienten obliegt. Man könnte insofern sagen, dass sich der Datenaustausch zwischen verschiede-

nen Fachabteilungen eines Krankenhauses gewissermaßen an den Vorschriften für die Übermittlung von Patientendaten zwischen ebendiesem Krankenhaus und externen Stellen zu orientieren hat. Innerhalb einer Fachabteilung müssen schon aus organisatorisch-praktischen Gründen (wechselnde Dienstzeiten des Personals, Urlaube etc) aktuelle und gegebenenfalls frühere Behandlungsdaten eines dort in Behandlung stehenden Patienten grundsätzlich allen dort tätigen Ärzten zur Verfügung stehen und von diesen auch bearbeitet werden können.

Die rechtliche Zulässigkeit eines solchen generellen Datenzugriffs wird aus der Perspektive der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht zum Teil mit der hier anzunehmenden stillschweigenden Einwilligung des Patienten anlässlich der Aufnahme argumentiert. Gerade mit Blick auf den Umstand, dass bestimmte medizinische Leistungen nur in Fachabteilungen von Krankenhäusern angeboten werden, der Patient de facto keinen Einfluss auf die informelle Organisation einer Fachabteilung hat und schließlich im Falle der Notaufnahme möglicherweise gänzlich handlungsunfähig ist, erscheint dieser Weg allerdings wenig überzeugend.

Plausibler ist es, die Rechtsgrundlage für die facharztübergreifende und teilweise fachabteilungsübergreifende Datenverwendung in den einschlägigen gesetzlich angeordneten, auch im Interesse der Patienten liegenden (Stichworte: Behandlungsqualität, Beweisittel in Haftungsfällen) umfangreichen Dokumentationspflichten der Krankenanstalten (flächendeckende interne Dokumentationspflicht in Form der Krankengeschichte) zu erblicken. Letztere sind nämlich nicht anders zu erfüllen und führen gewissermaßen zu einer impliziten Außerkräftsetzung der ärztlichen Schweigepflicht zwischen den behandelnden Ärzten derselben Fachabteilung.

Diese Reduzierung der ärztlichen Schweigepflicht schlägt allerdings nicht automatisch ungebremst auf das in derselben Fachabteilung tätige medizinische und sonstige Hilfspersonal durch. So erscheint es geboten, den inhaltlichen Umfang der Zugriffsrechte

etwa von Pflegekräften auf das für deren Tätigkeit erforderliche Ausmaß zu beschränken. Die Festlegung des konkreten Umfangs hat durch den ärztlichen Leiter der Fachabteilung zu erfolgen. Derartige rollenbezogene Differenzierungen der Nutzungsrechte mögen als bürokratische Belastungen empfunden werden, lassen sich mit dem heutigen Stand der IT aber ohne weiteres umsetzen. Für Ärzte anderer Fachabteilungen, die etwa nur zeitweilig bzw. vertretungshalber in einer Fachabteilung aktiv werden, bietet sich beispielsweise die Einräumung zeitlich befristeter Zugänge an. Auch nach Abschluss einer Behandlung erschiene eine Reduzierung der Nutzungsmöglichkeiten der bezüglichen Patientendaten angezeigt (Beispiel: nur Stammdatensatz im aktiven Zugriff; „Reaktivierung“ der Detaildaten erst bei allfälliger künftiger Wiederaufnahme).

Noch stärker als im niedergelassenen Sektor wird die ärztliche Schweigepflicht im Kontext der Krankenanstalten im Übrigen auch durch eine Reihe von Einsichtsrechten Dritter in Behandlungsdaten und damit korrespondierende Übermittlungspflichten an Dritte relativiert. Diese sind zwar gesetzlich verankert, aber den Patienten in der Praxis kaum geläufig. Einsichtsrechte existieren etwa für Zwecke der Patientenanzwaltschaften, der Wirtschaftsaufsicht, der sanitären Aufsicht oder der klinischen Prüfung von Arzneimitteln. Hinzu kommen „automatische“ Übermittlungen für Zwecke der Abrechnungskontrolle sowie zum Teil an einweisende Ärzte.

Sektorübergreifende Vernetzungsstrategien als Ende des Arztscheitnisses?

Die Gesundheitspolitik in einer Reihe europäischer Staaten ist seit einiger Zeit bemüht, die rechtlichen, organisatorischen und technischen Voraussetzungen für eine gesundheitstelematische Infrastruktur zu schaffen, die insbesondere in eine umfassende elektronische Gesundheitsakte für jeden Versicherten münden soll/kann.

Im Unterschied zur herkömmlichen dezentralen, einrichtungszentrierten Krankengeschichte soll die patientenzentrierte elektronische Gesundheitsakte einen orts- und zeitunabhängigen Zugriff auf sämtliche Informationen über frühere Gesundheitszustände und darauf bezogene medizinische Interventionen sowie den aktuellen körperlichen (und gegebenenfalls auch geistigen) Gesundheitszustand eines Menschen ermöglichen.

Voraussetzung hierfür ist eine vollständige Digitalisierung aller bei Gesundheitsdienstleistern angefallenen bzw. künftig anfallenden gesundheitsbezogenen Daten, verbunden mit einer entsprechend standardisierten automatisierten Verarbeitung (Stichworte: kompatible Datenformate, Schnittstellen), welche einen problemlosen Austausch über herzustellende leistungsfähige Datenverbindungen zwischen sämtlichen Gesundheitsdienstleistern ermöglichen. Es liegt auf der Hand, dass das Projekt „elektronische Gesundheitsakte“ die Herzen der europäischen IT-Industrie höher schlagen lässt. Die Förderung Letzterer war auch das zentrale Motiv für einschlägige E-Health-Initiativen der EU.

Die Befürworter der umfassenden Vernetzung des Gesundheitswesens und insbesondere der elektronischen Gesundheitsakte (insbesondere Krankenkassen, IT-Industrie und -Dienstleister) argumentieren im Wesentlichen mit einem zu erwartenden Qualitätsanstieg medizinischer Leistungen infolge einer sofortigen Verfügbarkeit sämtlicher relevanter Patientendaten („umfassendes Bild“) sowie mit signifikanten Kosteneinsparungen durch Effizienzsteigerungen (Vermeidung von Doppelbefundungen, Zeiterparnis etc).

Die Ärzteschaft zeigt sich dagegen bis dato eher skeptisch und fürchtet unter anderem (im niedergelassenen Bereich) zusätzlichen bürokratischen Aufwand („Datenpflege“), Kostenbelastungen (IT-Ausstattung) sowie eine Beschneidung ärztlicher Handlungsfreiheit durch „Standardisierung“ bzw. „Industrialisierung“ ärztlicher Leistungen. Zugleich wird unter Verweis auf die potenziell wesentlich



erweiterten Zugriffsmöglichkeiten auf die Patientendaten von einer Gefährdung der „Vertrauensbeziehung“ zwischen Arzt und Patient und einer Beschneidung der Datenschutzrechte Letzterer gesprochen.

Und die Patienten, um deren Daten es in erster Linie geht? Sie erscheinen auf dem traditionell durch straff organisierte einschlägige Interessenvertreter und sonstige Institutionen geprägten Feld der Gesundheitspolitik oftmals weniger als Akteure, denn als bloße Adressaten von Regelwerken bzw. „Rechtsunterworfenen“ und sind de facto darauf angewiesen, dass Regierungspolitik und Gesetzgeber ihre Interessen angemessen berücksichtigen. Wie aber soll/kann legitimen Patienteninteressen insbesondere bei der Realisierung der elektronischen Gesundheitsakte angemessen Rechnung getragen werden?

Die in den Vorabschnitten zur Frage der Wahrung des Arztheimnisses etwa zwischen Hausarzt und Facharzt sowie zwischen Ärzten verschiedener Fachabteilungen in Krankenhäusern angestellten Erwägungen sind grundsätzlich auch für den Fall der (sektorübergreifenden) elektronischen Gesundheitsakte relevant. Sie legen den Schluss nahe, dass die zeit- und ortsunabhängige Verfügbarkeit sämtlicher gesundheitsbezogener Informationen über einen Menschen für eine Reihe von Gesundheitsdienstleistern (je nach Mobilität des Betroffenen einer Region, eines Landes, der EU oder gar aller Staaten weltweit) das Potenzial in sich birgt, die traditionelle ärztliche Schweigepflicht in ihrer praktischen Wirksamkeit als solche in Frage zu stellen oder zumindest massiv einzuschränken. Dies insbesondere dann, wenn die sich bietenden technischen Möglichkeiten, etwa zu diversen Auswertungen durch Institutionen, die nicht unmittelbar patientenbezogene Gesundheitsdienstleistungen erbringen (Versicherungen, Gesundheitspolitik etc), voll ausgeschöpft würden.

Umgekehrt formuliert: Aus der Perspektive des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung bzw auf Datenschutz sowie der

diese Gewährleistungen konkretisierenden und unterstützenden berufrechtlichen Schweigepflichten erscheint die Umsetzung einer umfassenden, „lebensbegleitenden“ elektronischen Gesundheitsakte nur unter bestimmten einschränkenden Bedingungen verantwortbar.

Dazu gehört nach verbreiteter Auffassung zunächst die Gewährleistung der Freiwilligkeit der Inanspruchnahme des Dienstes „elektronische Patientenakte“ als solcher. Für die teilnehmenden Patienten wiederum muss unter der Prämisse der Wahrung ihrer bisherigen Dispositionsmöglichkeiten im Umgang mit ihren eigenen Gesundheitsdaten (einem Zahnarzt werden zB üblicherweise keine Informationen über Erkrankungen im Genitalbereich offenbart; Einholung eines unbeeinflussten Zweitbefundes) die Möglichkeit bestehen, selbst zu bestimmen, ob und in welchem Umfang sie den behandelnden Ärzten Zugang zu allen oder zu bestimmten Teilen ihrer elektronischen Gesundheitsakte einräumen bzw. verwehren. Auch scheint es geboten, den Patienten die Option einzuräumen, bestimmte Daten später aus der Akte wieder löschen zu lassen oder sich ganz aus der Funktion elektronische Gesundheitsakte „auszuklinken“. Für den Fall einer später vom Patienten allenfalls gewünschten Wiederbeteiligung wäre es allerdings praktisch, nicht sämtliche bereits einmal gesammelten Daten neu erheben zu müssen. Gelöst könnte diese Problematik gegebenenfalls durch einen „Sperr- bzw Reaktivierungsmodus“ werden. Zu bedenken ist auch, dass eine umfassende elektronische Patientenakte unter Zugrundelegung der vorstehend skizzierten Anforderungen die (bereits bestehenden) Dokumentations- und Archivierungsverpflichtungen auf Seiten von Ärzten bzw Krankenhäusern keinesfalls obsolet macht.

Besondere Probleme stellen sich hinsichtlich psychiatrischer, psychologischer oder psychotherapeutischer Diagnose- oder Therapiedaten. Hier besteht zum Teil das ausdrückliche Verbot der Dokumentation in Krankengeschichten von Krankenhäusern.

Auch von Seiten der Gesundheitsdienstleister her betrachtet stellen sich zahlreiche Fragen, insbesondere jene nach der grund-

sätzlichen Reichweite des zugriffsbefugten Personenkreises (nur Ärzte? auch Pflegeberufe? usw).

Schließlich sind im Lichte bereits vorgekommener „Umwidmungen“ von Datensammlungen (zB Nutzung der Datenbestände des Zahlungsdienstleisters SWIFT zur „Terrorbekämpfung“) Befürchtungen nicht völlig von der Hand zu weisen, die elektronischen Gesundheitsakten könnten auch in den Fokus sicherheitspolizeilich veranlasster geheimer Fahndungsaktivitäten kommen. Und nicht zu vergessen: Im Falle der Eröffnung grenzüberschreitender Zugriffsmöglichkeiten stellen sich vielschichtige Fragen des allgemeinen und bereichsspezifischen Datenschutzniveaus im Sitzstaat des Abfragenden (zB „Rechtsschutz“).

Schwierige Suche nach gangbaren „Kompromissen“ zwischen Patienten-Selbstbestimmung, Praktikabilität und Wirtschaftlichkeit

Schon die allgemeinen Überlegungen lassen erahnen, dass eine an der Idee der informationellen Selbstbestimmung orientierte Umsetzung der elektronischen Patientenakte alle beteiligten Kreise und insbesondere die Technik vor große Herausforderungen stellt. Hinzu kommen klassische Probleme der Datensicherheit in Netzwerken (verschlüsselte Datenübertragung und -speicherung, Rollendefinition, Zugriffsprotokollierung, wirksame Abschottung gegen unberechtigte Angriffe von außen, Netzausfallsicherheit etc).

Nicht von der Hand zu weisen ist im Übrigen, dass das Ausmaß an Selbstbestimmungsmöglichkeiten seitens der Patienten potenziell negativ mit der Gesundheit Letzterer („gläserner versus toter Patient“?) oder mit angestrebten Effizienzgewinnen im Gesundheitssystem insgesamt korreliert. Analoges gilt hinsichtlich des Verhältnisses von Datensicherheitsniveau und Nutzungskomfort (einfacher Zugang, Geschwindigkeit). Kritisch zu hinterfragen ist natürlich auch, wie es mit der „Mündigkeit“ der Patienten heute

wirklich bestellt ist bzw inwieweit diesen zugemutet werden kann, sich gegenüber den Anforderungen der IT-durchdrungenen modernen Medizin zu behaupten.

Trotzdem spricht vieles dafür, die partikulären Patienteninteressen tendenziell höher zu gewichten als gesundheitsökonomische („Einsparungseffekte“) und volkswirtschaftliche Interessen (Förderung der IT-Industrie). Zu erinnern ist nämlich daran, dass das Recht auf Privatleben iSd Artikel 8 EMRK ua für jedermann das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper sowie die freie Gestaltung der Lebensführung verbürgt. Dazu gehören auch das Recht, sich „ungesund“ zu ernähren, nicht mehr über die eigene Gesundheit zu wissen, als man will, aber auch die freie Arztwahl. Auch ein Recht auf Irrtum beim Umgang mit der eigenen Gesundheit muss dem Individuum zugestanden werden.

Zwangsuntersuchungen und -behandlungen kommen vor diesem Hintergrund grundsätzlich nicht in Betracht. Auch die für alle zwingende allumfassende patientenzentrierte elektronische Dokumentation von Gesundheitsdaten im hier interessierenden Sinn lässt sich schwerlich mit den genannten Gewährleistungen in Einklang bringen. Hinzu kommt, dass die subjektiven Interessenlagen der potenziellen Patienten in Bezug auf die Dokumentation ihrer Gesundheitsdaten, aber auch der objektive Nutzen stark divergieren (junge, gesunde Menschen versus chronisch kranke bzw multitorbide Ältere).

Die vorstehenden Erwägungen legen den Schluss nahe, hinsichtlich der elektronischen Gesundheitsakte im Zweifel einer technischen „Architektur“ den Vorrang zu geben, die neben der grundsätzlichen Basiertheit auf der freiwilligen Beteiligung der Patienten weitreichende Möglichkeiten zur inneren Differenzierungen von Nutzungs- und Zugriffsrechten bereithält, die so konzipiert sind, dass der Patient quasi das „letzte Wort“ behält.

Die in Deutschland mittlerweile im Kontext der elektronischen Gesundheitskarte getroffenen einschlägigen gesetzlichen Vorgaben

scheinen diesem Anspruch auf dem Papier durchaus gerecht zu werden. In Österreich steht die Vorlage eines Gesetzesentwurfes mit vergleichbarer Zielrichtung unmittelbar bevor.

Auf der Ebene der praktischen Umsetzung sind freilich nach wie vor viele Fragen offen. Sie reichen von der technischen Ausgestaltung der Infrastruktur (Stichworte: dezentrale versus zentrale Speicherung/Verarbeitung; Sicherstellung der einwandfreien Identifizierung von Zugriffsberechtigten, Zugang im Notfall uvm) in Verbindung mit der faktischen Ingerenz über ebendiese bis hin zu noch nicht ganz absehbaren Folgen für das Verhältnis Arzt-Patient-Versicherung. Verwiesen sei etwa auf die zu diskutierende ärztliche Pflicht zur umfassenden Konsultation verfügbarer elektronischer Vorinformationen bei sonstiger (erweiterter) Haftung für Behandlungsfehler. Im Raum stehen weiters zeitaufwändige erweiterte, insbesondere datenschutzrechtliche Aufklärungspflichten der Ärzte und Gesundheitsdienstleister. Offen ist schließlich, ob und inwieweit organisatorische Vorkehrungen getroffen werden können, um zu verhindern, dass Patienten im Einzelfall aus psychologischen Gründen faktisch nicht von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen (können). Zu bedenken ist hier insbesondere die von Patienten oftmals empfundene persönliche Abhängigkeit im Verhältnis zum behandelnden Arzt, gerade auch in Situationen mit akuten bzw ernsthaften gesundheitlichen Problemen. Eng damit in Zusammenhang stehen auch Fragen der Regelung des Zugangs der Patienten zu ihren eigenen persönlichen Gesundheitsdaten. Sollen die Patienten eine von ärztlicher Konsultation/Mitwirkung unabhängige Abfragemöglichkeit der eigenen Daten erhalten? Bejahendenfalls gilt es Mechanismen zu entwickeln, die verhindern oder zumindest erschweren, dass Arbeitgeber, Privatversicherer, Kreditgeber oder Arbeitsvermittler Menschen dazu drängen, ihre allfällige künftige Möglichkeit zur unbürokratischen (Online-)Einsichtnahme (mit Möglichkeit des Papierausdrucks!) nur zu beanspruchen, um die bezüglichen Daten dann Ersteren zugänglich zu machen.

Schlussbemerkung

Es wäre weltfremd anzunehmen, dass die sich immer rascher entwickelnden Möglichkeiten der modernen Informations- und Kommunikationsindustrie ohne Folgen auch für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten bleiben. Ein Mehr an verfügbarer Information erweitert auch die (gesundheits-)ökonomischen Steuerungsmöglichkeiten durch Kostenträger (Stichwort: gezielte Rationierung bestimmter Leistungen).

Darüber hinaus gibt die Vernetzung gesundheitsbezogener Informationen und der diese generierenden und nutzenden Akteure Anlass zur kritischen Reflexion der Leistungsfähigkeit herkömmlicher Datenschutzinstrumente (Stichwort: „Zweckbindungsgroundsatz“). Auch auf diesem Felde bedarf es innovativer Regelansätze, um auch in Zukunft sachgerechte Lösungen im Umgang mit personenbezogenen Daten zu ermöglichen. Andererseits dürften die in „E-Health“ gesetzten Erwartungen in mancher Hinsicht zu hoch gesteckt sein. Die globalen bisherigen Erfahrungen mit dem Einsatz von IT in Krankenhäusern deuten nicht unbedingt darauf hin, dass damit signifikante Einsparungen erzielt werden können. Auch dass die medizinische Behandlungsqualität nur bedingt von der Menge verfügbarer Vorinformationen abhängt, sondern in letzter Konsequenz ganz wesentlich von Qualifikation und Einfühlungsvermögen des behandelnden Personals, kann auch im Zeitalter der Gesundheitstelematik nicht ernsthaft bezweifelt werden. Insgesamt ist sohin das richtige Augenmaß bei der Identifizierung und Gewichtung der Interessen sämtlicher betroffener Akteure und Betroffenen auch unter datenschutzrechtlichen und -politischen Gesichtspunkten gefragt.

Literaturhinweise

- Artikel 29 Datenschutzgruppe*, Arbeitspapier Verarbeitung von Patientendaten in elektronischen Patientenakten (EPA), Dok 00323/07/DE (WP 131), 15.2.2007, <http://ec.europa.eu/justice/policies/privacy/workinggroup/wpdocs/2007_en.htm>;
- P. Haas*, Gesundheitstelematik. Grundlagen, Anwendungen, Potenziale, 2006;
- A. E. Hermeier*, Rechtliche Rahmenbedingungen der Telematik dargestellt am Beispiel der elektronischen Patientenakte sowie des Outsourcing von Patientendaten, 2000;
- IBM Österreich*, Machbarkeitsstudie betreffend Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) in Österreich. Endbericht, erstellt im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, 2006;
- Kommission beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen gemäß § 8 Bundesministerengesetz „Standards und Richtlinien für den Informatikeinsatz im österreichischen Gesundheitswesen“ (STRING)*, Elektronischer Lebensbegleitender Gesundheitsakt (ELGA). Datenschutzrechtliche Analyse, 2005;
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften*, Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- Und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen: Elektronische Gesundheitsdienste – eine bessere Gesundheitsfürsorge für Europas Bürger: Aktionsplan für einen europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste, KOM (2004) 356 endg., 30.4.2004;
- K. Lauterbach/M. Lindlar*, Informationstechnologien im Gesundheitswesen. Telematik in Deutschland, Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, 1999;
- S. H. Schug*, European and international perspectives on telematics in healthcare. Europäische und internationale Perspektiven von Telematik im Gesundheitswesen, 2001;
- Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung - Abt. Wirtschaftspolitik (Hg)*, Die elektronische Gesundheitskarte kommt – Nutzen und Risiken der Telematik im Gesundheitswesen für Patienten und Gesellschaft, 2006.