



Datenschutz im Gesundheitswesen

**Modellversuche zur Erhöhung
der Leistungs- und Kostentransparenz**

**Datenschutz
im
Gesundheitswesen**

Modellversuche zur Erhöhung
der Leistungs- und Kostentransparenz

Symposion des
Forschungsinstituts für die
zahnärztliche Versorgung
5. Dezember 1984 — Bonn, Hotel Bristol

Referate — Statements — Diskussion



Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1985

„Broschüre“ 4
Herausgeber:
Forschungsinstitut
für die
zahnärztliche Versorgung (FZV)
Stiftung der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
Universitätsstraße 73, 5000 Köln 41

ISBN 3-7691-7805-X

Die Beiträge der Broschürenreihe dienen der Meinungsbildung zu Fragen der gesundheitlichen Versorgung. Sie geben nicht unbedingt den offiziellen Standpunkt der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung wieder.

Jeglicher Nachdruck, jegliche Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung (gleich welcher Art), auch von Teilen des Werkes oder von Abbildungen, jegliche Abschrift, Übersetzung, auch auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege oder im Magnettonverfahren, in Vortrag, Funk, Fernseh- sendung, Telefonübertragung sowie Speicherung in Datenverarbeitungs- anlagen bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln-Lövenich 1985

Gesamtherstellung: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln-Lövenich

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Begrüßung und Einführung	
Dr. H. Zedelmaier	7
Referate	11
MinDir. G. Fischwasser, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung	11
Prof. Dr. S. Simitis, Hessischer Datenschutzbeauftragter	22
P. J. Müller, Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung	30
Podiumsdiskussion und Statements	43
Dr. K. Friede, Bundesverband der Betriebskranken- kassen	44
Prof. Dr. H. R. Bourmer, Hartmannbund	47
H.-W. Müller, Verband der Angestellten-Kranken- kassen	50
Dr. B. Tiemann, Kassenzahnärztliche Bundes- vereinigung	52
W. Götzer, MdB CDU/CSU	54
N. Eimer, MdB FDP	58
Prof. Dr. S. Simitis	59
P. J. Müller	62
Plenumsdiskussion	68

Vorwort

Mehr Transparenz im Gesundheitswesen ist eine Forderung, die bei knapper werdenden Ressourcen für die Gesetzliche Krankenversicherung zunehmend zum Instrument der Kostendämpfung eingesetzt werden soll. Nur durch eine genaue Kenntnis der Struktur und Verteilung der erbrachten Leistungen und aufgewendeten Kosten könne ein effizienter Beitrag zur Erhaltung der Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung geleistet werden. Deshalb müsse eine intensivere Durchleuchtung der einzelnen Leistungsprozesse angestrebt werden. Individuelle Verhaltenskontrolle gerät hierdurch ins Blickfeld des Interesses — sei es durch computergestützte Erfassung von Leistungsfolgen oder durch die Schaffung der Grundlagen intensiverer personenbezogener Informationsflüsse zwischen den verschiedenen Trägern der Sozialversicherung, etwa durch eine einheitliche Sozialversicherungsnummer. Damit einhergehend verändern sich die Vorstellungen über sachgemäße Aufgabenteilungen, wie bisher immer schon festgestellt werden konnte, daß Änderungen in den Informationsflüssen Änderungen in den Machtverteilungen induzieren.

Nicht verwunderlich ist es deshalb, wenn die Gesetzliche Krankenversicherung unter diesen neuen Rahmenbedingungen in den Mittelpunkt des Datenschutzinteresses rückt. Lange Zeit hatte sie eher im Hintergrund der Datenschutzdiskussion gestanden.

An den Modellversuchen zur Leistungs- und Kostentransparenz gemäß § 223 RVO wurden im Rahmen einer Symposiumveranstaltung des FZV die Anforderungen exemplarisch verdeutlicht, die der Datenschutz im Gesundheitswe-

sen setzt. Im Grundsatz ging es dabei um die Frage, ob es zulässig sei, daß die Krankenkassen medizinische Behandlungsdaten zum Zwecke einer „Individualsteuerung“ speichern. Die Datenschutzbeauftragten befürchten breit angelegte Rasterungen des Krankheitsverhaltens, die Heilberufe die Zerstörung der Vertrauensbasis des Patienten-Arzt-Verhältnisses.

Begrüßung und Einführung

Dr. Helmut Zedelmaier

Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Meine sehr geehrten Damen und Herren. Transparenz im Gesundheitswesen — eine vernünftige Forderung, der niemand widersprechen kann. Und doch gibt es Probleme, die nicht einfach zu lösen sind. Ich bin unserem Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung sehr dankbar, daß es mit dieser Veranstaltung eine Standortbestimmung in dieser Frage versuchen will.

Ich heiße Sie im Namen unseres Instituts und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sehr herzlich willkommen. Wir freuen uns, daß eine so große Zahl von Gästen — darunter viele sachkundige Persönlichkeiten — unserer Einladung gefolgt ist.

Als Hauptreferenten darf ich Herrn Ministerialdirektor Fischwasser aus dem BMAS, der in Vertretung des Parlamentarischen Staatssekretärs, Herrn Höpfinger, gekommen ist, Herrn Prof. Simitis, den Hessischen Datenschutzbeauftragten, und Herrn Müller vom Forschungsinstitut ganz herzlich begrüßen. Aufgrund einer Sitzung des A+S-Ausschusses werden einige Parlamentarier erst später hinzukommen.

Weiterhin begrüße ich als Podiumsteilnehmer die Herren Dr. Friede von den Betriebskrankenkassen sowie Geschäftsführer Müller von den Ersatzkrankenkassen, als Vertreter der Ärzte den Vorsitzenden des Hartmannbundes, Herrn Prof. Dr. Bourmer, und von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung unseren Hauptgeschäftsführer, Herrn Dr. Tiemann. Schließlich möchte ich Herrn Dr. Epping von der Neuen Westfälischen Zeitung ganz besonders dafür danken, daß er das Amt des Moderators dieser Veranstaltung übernommen hat.

Last but not least, meine Damen und Herren, darf ich alle Pressevertreter und alle weiteren Gäste — gestatten Sie mir, daß ich hier aus Zeitgründen auf die Nennung weiterer Namen verzichte — herzlich zu unserem heutigen Symposium willkommen heißen.

Ich habe eingangs schon gesagt, Transparenz ist sicher eine vernünftige Forderung. Ich möchte hinzufügen: Transparenz im Gesundheitswesen ist nichts, was die Zahnärzte zu fürchten hätten. Ganz im Gegenteil. In unserem Bereich besteht eine beinahe lückenlose Transparenz, sowohl für die erbrachten Leistungen als auch für ihre Kosten.

Die Vergütung nach Einzelleistungen verlangt ohnehin eine umfangreiche Prüfung und Begutachtung der einzelnen Leistung. Dies war immer schon so. Die notwendigen Kostenpläne für die prothetische Versorgung, für die kieferorthopädische Versorgung, für die Parodontosebehandlung, ihre Genehmigung und ihre Kontrolle bieten soviel Transparenz, daß wir Zahnärzte dieses Thema eigentlich abhaken könnten.

Wenn wir dies aber nicht tun und uns trotzdem um dieses Thema bemühen, und wenn wir Einwände haben, dann aus ganz anderen Gründen: Wir fragen vor allem nach der Zweckmäßigkeit weiterer Transparenzbemühungen, und wir fragen natürlich nach dem Datenschutz, der, wie das Bundesverfassungsgericht festgestellt hat, inzwischen Verfassungsrang erlangt hat.

Daraus ergeben sich, wie wir meinen, eine ganze Reihe weiterer Fragen und Probleme. Ich möchte nur einige anführen: Stören wir das für den Heilungsverlauf so notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten? Oder: Dürfen Daten überhaupt weitergegeben werden? Wenn ja, welche Daten und zu welchem Zweck? Oder: Bringt Kostentransparenz tatsächlich Kosteneinsparung, oder ist es nicht gerade — zumindest in vielen Bereichen und in vielen Fällen — umgekehrt? Machen wir dem Versicherten nicht oft auch bewußt, wie wenig er erhält und wie viel er an Beiträgen bezahlt? Auch diese Seite der Medaille,

meine ich, sollte man sich einmal ansehen. Oder: Wann wird Transparenz zur Kontrollbürokratie, in der der Mensch nur noch eine Nummer ist?

Das alles, meine Damen und Herren, sind Fragen, denen wir auf den Grund gehen müssen. Wir schulden dies unserem freiheitlichen Gesundheitswesen, wir schulden es unserem Rechtsstaat und letztendlich auch den Menschen, die in diesem System leben.

Ich hoffe, daß wir mit unserer Veranstaltung dazu beitragen werden, zumindest einige dieser Fragen zu beleuchten und zu vertiefen. Ich glaube nicht, daß es uns gelingt, sie zu lösen. Ich meine aber, daß wir einen Beitrag leisten können. Und in diesem Sinne wünsche ich dem heutigen Symposium viel Erfolg!

Dr. Epping: Meine Damen und Herren, mir ist die Aufgabe zuteil geworden, den Tagungsverlauf ein bißchen zu strukturieren. Ich darf Ihnen versichern, Herr Zedelmaier, aufgrund der Änderung, die hier kurzfristig eingetreten ist, ist es schon ein erhabenes Gefühl, hier einmal alleine regieren zu können.

Ein paar Worte zum Procedere: Es handelt sich bei dieser Veranstaltung nicht um eine Podiumsdiskussion im landläufigen Sinne, sondern um eine Fortbildungsveranstaltung mit der anschließenden Möglichkeit, die Themen, die uns gerade heiß erscheinen, eingehend zu diskutieren.

Für den Ablauf wurde mit dem Veranstalter folgendes vereinbart: Nachdem die drei Hauptreferenten ihre Vorträge zu den Grundaspekten des heutigen Generalthemas gehalten haben, werden wir eine Kaffeepause einlegen von etwa 20 Min. Länge. Wir treffen uns dann wieder um 16.30 Uhr in diesem Saal.

Dann werden zunächst die verbleibenden Podiumsteilnehmer Gelegenheit haben, in Kurzstatements ihre Meinung zu dem Vorgetragenen darzulegen. Jedem Referenten steht dafür eine Redezeit von 5 Minuten zur Verfügung. Selbstverständlich ist es möglich, auf dieses Statement auch zu verzichten.

Ich will dann versuchen, für die anschließende Podiumsdiskussion den Fortgang der Gespräche ein wenig zu ordnen, und zwar zum einen auf die Detailthemen hin, die mir als Außenstehendem, wahrscheinlich auch Ihnen als Insidern, besonders wichtig erscheinen. Zum anderen möchte ich auf Themen hinweisen, die noch gar nicht in die Diskussion gebracht worden sind.

In der dritten Veranstaltungsphase wollen wir dann die Diskussion auf das Plenum ausdehnen. Ich darf Ihnen hier schon ankündigen, daß Sie in Ihrer Unterlagenmappe Karten finden; diese dienen der Anmeldung von Wortmeldungen. Bitte vermerken Sie auf diesen Wortmeldekarten Ihren Namen, Ihre Funktion, den Adressaten, von dem Sie eine Antwort wünschen, und mit einem Stichwort vielleicht die Problematik, die Sie ansprechen wollen. Ich möchte Sie bitten, möglichst in Druckschrift zu schreiben. Wir werden dann die Dinge ein wenig sortieren und auf jeden Fall nach Eingang der Wortmeldungen die einzelnen Diskussionsteilnehmer aufrufen. Ich hoffe, daß wir auf diese Weise ein wenig Struktur oder auch eine Linie in die Diskussion bekommen können.

Es steht Ihnen frei, die Diskussion auch über den offiziellen Programmschluß weiterzuführen; wir haben die Erlaubnis, 30 Minuten zu überziehen.

Ich darf jetzt in die Tagesordnung eintreten und zunächst Herrn Fischwasser, MinDir im Bundesarbeitsministerium, das Wort erteilen.

Referate

Modellversuche zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz

MinDir. G. Fischwasser

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung fördert z. Zt. Modellversuche zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung unter Beteiligung folgender Krankenkassen, die unterschiedliche Handlungsfelder bearbeiten:

Allgemeine Ortskrankenkasse Main-Kinzig, Hanau;
Betriebskrankenkasse Volkswagenwerk AG, Wolfsburg;
Betriebskrankenkasse Voith, Heidenheim;
Innungskrankenkasse, Göppingen;
Techniker-Krankenkasse, Hamburg.

Darüber hinaus hat im Oktober 1984 in Dortmund ein Modellversuch zur Arzneimitteltransparenz und Arzneimittelberatung begonnen. Dabei haben sich

- die Allgemeine Ortskrankenkasse Dortmund,
- die Hoesch-Betriebskrankenkasse,
- die Innungskrankenkassen Dortmund und Lünen,
- die Ersatzkassen,
- die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und
- der Apothekerverein Westfalen-Lippe

gemeinsam zum Ziel gesetzt, auf der Grundlage einer genauen Kenntnis des tatsächlichen Arzneimittel-Verordnungsverhaltens eine gezielte Arzneimittelberatung von Ärzten und Versicherten zu erproben.

Bei allen an den Modellversuchen beteiligten Krankenkassen — mit Ausnahme der Techniker-Krankenkasse — ist eine erste Projektphase abgeschlossen. Aufgabe dieser Phase war es,

- die Handlungsfelder zu bestimmen, in denen die Krankenkassen Verfahren zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz durchführen wollen,

- für die inhaltlichen und methodischen Schritte und den zeitlich-organisatorischen Ablauf der Verfahren Rahmenkonzepte zu erarbeiten,
- die Bereitstellung der erforderlichen Informationsgrundlagen aus den Routinedaten der Krankenkassen vorzubereiten sowie methodische und organisatorische Fragen ihrer Verarbeitung für die nachfolgenden Untersuchungsschritte zu klären.

Sachstand der Modellversuche im einzelnen

● AOK Main-Kinzig

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Main-Kinzig führt mit Unterstützung des Landesverbands der Ortskrankenkassen Hessen im Zusammenwirken mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen einen Modellversuch durch, der die Handlungsfelder „Medikationsberatung“ und „Betriebsbezogene Krankheitsschwerpunkte“ beinhaltet.

Mit dem Modellversuch soll gemeinsam erprobt werden,

- wie Leistungs- und Kostentransparenz auf dem Gebiet der Arzneimittelversorgung und bei betriebsbezogenen Krankheitsschwerpunkten in organisatorisch und kostenmäßig sowie datenschutzrechtlich vertretbarem Rahmen erreichbar ist,
- wie auf dieser Grundlage zum einen Ärzte und Versicherte gezielt über Möglichkeiten einer qualitativen Verbesserung und kostenmäßig günstigeren Inanspruchnahme des Arzneimittelmarktes beraten werden können, und wie Versicherte, Betriebe und Ärzte auf eine Verringerung betriebsbezogener Krankheitsschwerpunkte hinwirken können,
- ob mit den vorgenannten Maßnahmen die Arzneimittelversorgung und das betriebliche Krankheitsgeschehen in der Beispielsregion positiv beeinflusst werden können.

Die derzeit laufenden Arbeiten zielen darauf ab, Transparenz- und Beratungskonzepte zu entwickeln und an empirischen Daten der AOK Main-Kinzing simulativ zu erproben.

Für die Durchführung der Arbeiten hat der Landesbeauftragte für Datenschutz Hessen „grünes Licht“ erteilt. In einer späteren Modellphase sollen die entwickelten Konzepte auf der Basis zeitnah erhobener Routinedaten im praktischen Verwaltungsvollzug erprobt werden. Vor Beginn dieser Arbeiten ist eine erneute datenschutzrechtliche Prüfung vorgesehen.

● Betriebskrankenkasse Volkswagenwerk

Mit „betriebssteilspezifischen Krankheitsschwerpunkten“ und „produktbezogener Arzneimittelberatung“ im Indikationsbereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen strebt die BKK/W die Bearbeitung ähnlicher Handlungsfelder an wie die AOK Main-Kinzig.

Die dazu entwickelte Vorhabenbeschreibung ist nach Abschluß ihrer datenschutzrechtlichen Überprüfung durch den Bundesbeauftragten für Datenschutz Gegenstand von Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen mit dem Ziel, eine Kooperationsvereinbarung über die gemeinsame Entwicklung und Erprobung der Transparenz- und Beratungskonzepte abzuschließen.

● Betriebskrankenkasse Voith

Die Betriebskrankenkasse Voith beabsichtigt Untersuchungen ausschließlich im zahnärztlichen Leistungsbereich. Sie hat das ursprünglich bei der BKK Kienzle entwickelte Konzept übernommen und mit geringfügigen Modifikationen dem Bundesbeauftragten für Datenschutz zur Überprüfung vorgelegt. Der Datenschutzbeauftragte hat inzwischen mitgeteilt, daß für die gegenwärtige Phase des Modellversuchs aus datenschutzrechtlicher Sicht keine Einwände bestehen.

● Innungskrankenkasse Göppingen

Die Kasse beabsichtigt die Bearbeitung folgender Handlungsfelder:

- Krankheitsfälle mit hohem ambulanten Behandlungsvolumen, die im Kassenvergleich nach Häufigkeit und Kosten hervorstechen, und

- Krankenhauseinweisungen durch Beleg- und Krankenhausärzte und Krankenhaushfälle mit kurzer Verweildauer.

Ein Arbeitspapier zur Konkretisierung der Ziele und Verfahren hat dem Baden-Württembergischen Landesdatenschutzbeauftragten zur Prüfung vorgelegen. Als Ergebnis dieser Prüfung werden zur Zeit geringfügige technisch-organisatorische Modifikationen vorgenommen, nach deren Abschluß eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg abgeschlossen werden soll.

- **Techniker-Krankenkasse**

Voruntersuchungen, zur endgültigen Bestimmung der Handlungsfelder sind noch nicht abgeschlossen.

- **Modellversuch „Arzneimitteltransparenz und -beratung“ am Beispiel der Region Dortmund**

Im Rahmen dieses Modellversuchs werden neue Wege erprobt, durch mehr Transparenz stärker als bisher Preiswürdigkeit und Wirksamkeit der Arzneimittelverordnung zu erreichen.

Die Arzneimittelberatung der Ärzte erfolgt stufenweise: Jeder Dortmunder Arzt erhält von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe zunächst eine schriftliche Information zu seinem Ordnungsverhalten. In einer zweiten Stufe wird einzelnen Ärzten eine vertiefende schriftliche Information zugehen und ein Beratungsgespräch angeboten. Ausgehend von der Arzneimittelverordnungsweise werden in einer dritten Stufe bei Bedarf einzelne Ärzte zu ausführlicheren Beratungsgesprächen eingeladen. Die Arzneimittelberatung wird mit Unterstützung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und der Apotheker von pharmakologisch besonders erfahrenen niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Krankenkassen, Ärzte und Apotheker wollen gemeinsam auch bei den Versicherten für die Einsicht werben, daß keineswegs das teuerste Arzneimittel auch immer zugleich das beste ist. Die Krankenkassen wol-

len die Kassenärzte unterstützen bei dem Bemühen, auch bei Verschreibungswünschen von Versicherten Notwendigkeit, Wirksamkeit und Preiswürdigkeit von Medikamenten zu beachten.

Datenschutzfragen sind bei der Vorbereitung dieses Vorhabens besonders ernst genommen worden. Im Zusammenwirken mit den Datenschutzbeauftragten des Bundes und des Landes Nordrhein-Westfalen wurde eine datenschutzkonforme Modelldurchführung sichergestellt.

Die Modellversuche insgesamt legen an die Erfüllung datenschutzrechtlicher Bestimmungen besonders enge Maßstäbe an. Dies gilt für die Wahrung des Datenschutzes innerhalb der einzelnen beteiligten Institutionen genauso wie für die Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen und die Mitwirkung der wissenschaftlichen Begleitinstitute. Die Arbeitskonzepte der Modellversuche wurden im Hinblick auf ihre datenschutzrechtliche Würdigung den jeweils zuständigen Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder zur Prüfung vorgelegt. Eine ständige enge Abstimmung mit den Datenschutzbeauftragten ist auch für den weiteren Projektverlauf vorgesehen.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Volkszählungsurteil vom 15. Dezember 1983 darauf hingewiesen, daß der Verwendungszweck von Daten bereichsspezifisch zu bestimmen ist und daß die Daten für den Verwendungszweck geeignet und erforderlich sein müssen. Dem entsprechen die Datenschutzregelungen des Sozialgesetzbuches, nach denen personenbezogene Daten nur soweit offenbart werden dürfen, wie sie für die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben erforderlich sind.

Wir müssen daher zunächst die Frage beantworten, ob und wieweit — ich muß im Rahmen dieses Kurzreferates meine Aussagen begrenzen — im Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung die Verwendung von personenbezogenen Daten erforderlich ist.

— Aufgabe der Träger der Krankenversicherung ist es, in den in § 179 RVO genannten Versicherungsbereichen präventive, therapeutische und rehabilitative Leistungen für

die versicherten Mitglieder und für ihre mitversicherten Angehörigen zu erbringen (§ 21 SGB I). Die Leistungen werden von den Krankenversicherungsträgern in der Regel als Sachleistungen, in bestimmten Fällen auch als Geldleistungen erbracht.

— Der Leistungsanspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung ist vom Eintritt des Versicherungsfalls abhängig. Versicherungsfall der Krankenpflege ist das Vorliegen einer Krankheit. Der Versicherte muß also „krank“ sein, wenn er rechtmäßig kassenärztliche Behandlung in Anspruch nehmen will. Das Vorliegen des Versicherungsfalls hat der Krankenversicherungsträger von Amts wegen zu prüfen (vgl. § 20 SGB IV).

— Bei der Krankenpflege handelt es sich vor allem um medizinische Leistungen, die die Versicherungsträger in der Regel nicht selbst erbringen können. Sie gewähren daher als Leistungsträger die Leistungen, die von fachkundigen Institutionen erbracht werden. Diese Art der Erbringung von Versicherungsleistungen ist Inhalt des Sachleistungssystems.

— Die von den Krankenversicherungsträgern zu erbringenden Leistungen der Krankenpflege unterliegen dem Zweckmäßigkeits- und Wirtschaftlichkeitsgebot. Dieses besagt, daß die Krankenpflege ausreichend und zweckmäßig sein muß; sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 182 Abs. 2 RVO). Für die kassenärztliche Versorgung wird dieses Gebot nochmals ausdrücklich in § 368 e RVO normiert. Danach hat der Versicherte Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolgs nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen; der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt darf sie nicht bewirken oder verordnen; die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen.

Der Inhalt des Zweckmäßigkeits- und Wirtschaftlichkeitsgebots ist durch Rechtsprechung und Verwaltungsübung

konkretisiert. Für die kassenärztliche Versorgung sind die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen beauftragt, die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken zu beschließen (§ 368 p RVO).

Über Körperschaftssatzungen wird die Bindung des Kassenarztes und der Krankenkassen an diese Richtlinien erreicht.

— Da die Krankenversicherungsträger die medizinischen Leistungen in der Regel nicht durch Eigeneinrichtungen erbringen, müssen sie die Leistungserbringung durch Dienstleistungs- oder Warenlieferungsverträge mit den für die Leistungserbringung in Betracht kommenden Einrichtungen oder Personen sicherstellen. Für die Erbringung der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung geschieht dies durch die Institution der kassenärztlichen Versorgung; sie ist öffentlich-rechtlich in den §§ 368ff. RVO geregelt. Soweit derartige Regelungs- und Verpflichtungsnormen nicht bestehen, müssen die Krankenversicherungsträger die Erbringung der Dienstleistungen oder die Lieferung von Waren mit den in Betracht kommenden Vertragspartnern aushandeln.

Damit die Krankenversicherungsträger ihrer Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Leistungserbringung nachkommen können, ist es erforderlich, daß die Leistungserbringer vertraglich auf die gesetzlichen Leistungsbedingungen festgelegt werden.

Die Versicherungsträger müssen daher auch — soweit nicht bereits gesetzliche Verpflichtungen wie für die Kassenärzte bestehen — vertraglich sicherstellen, daß die Leistungen unter den gesetzlichen Bedingungen nach § 182 Abs. 2 RVO erbracht werden, daß die Rechtmäßigkeit der Leistungserbringung durch die Krankenversicherungsträger überprüft werden kann und daß Sanktionsmechanismen vorgesehen sind.

— Die Prüfung der Rechtmäßigkeit der Leistungserbringung ist in der Regel nicht vor der Leistungsanspruch-

nahme durch den Versicherten möglich, weil der notwendige Umfang der Leistungen sich erst bei der Inanspruchnahme des leistungserbringenden Kassenarztes ergibt. Die Krankenversicherungsträger können daher ihre Aufgabe, die gesetzmäßige Gewährleistung der Leistungserbringung und die Ordnungsmäßigkeit der Rechnungslegung durch die Leistungserbringer zu prüfen, erst im nachhinein erfüllen.

— Der Versicherte nimmt im Sachleistungssystem in der Regel die Leistung dadurch in Anspruch, daß er den Krankenschein seiner Krankenkasse dem Arzt aushändigt. Der von der Krankenkasse ausgestellte Krankenschein enthält die für die Leistungsanspruchnahme notwendigen persönlichen Daten. Weitere persönliche Daten, insbesondere solche, die nach § 76 SGB X besonders schutzwürdig sind, werden im Laufe der Leistungsanspruchnahme erhoben. Bei der Leistungsanspruchnahme ist sich der Versicherte darüber im klaren, daß die über seine Person erhobenen Daten für die Behandlung seiner Krankheit und für die Abwicklung der Leistungserbringung erforderlich sind. Von der Informiertheit des Versicherten geht auch der Bundesdatenschutzbeauftragte in seiner Broschüre „Der Bürger und seine Daten im Netz der sozialen Sicherheit“, Kapitel 4.4 bis 4.7, aus.

— Inanspruchnahme und Abwicklung von Leistungsansprüchen im Sachleistungssystem ist ohne Verwendung von personenbezogenen Daten nicht möglich. Insofern liegt ein sachgegebener Folgezwang vor, wie es sich aus den §§ 60 ff. SGB I ergibt. Unter Beachtung der Grenzen der Mitwirkungspflichten nach § 65 SGB I hat der Versicherte die Folgen fehlender Mitwirkung zu tragen, wenn er zwar Leistungen beantragt oder erhält, aber nicht bereit ist, die dafür notwendigen persönlichen Daten offenzulegen.

Auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfGE 16, 286, 304) weist ausdrücklich darauf hin, daß derjenige, der die Wohltaten der gesetzlichen Krankenversicherung genießt, auch sachgemäße Beschränkungen in Kauf nehmen muß.

Im Anschluß an ein von dem ehemaligen Bundesdatenschutzbeauftragten, Prof. Bull, erstelltes Gutachten vom August 1984 wird die Frage nach den rechtlichen Grundlagen der Offenbarung von Patientendaten durch Kassenärzte diskutiert. Bull vertritt darin die Auffassung, daß es an einer Vorschrift fehle, die gegenüber dem Patienten die Befugnis zur Offenbarung begründen könnte. Er forderte für die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht eine klare gesetzliche Vorschrift.

Zu diesem Gutachten nur zwei Bemerkungen:

1. Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 22. Juni 1983 (Bd. 55 S. 150 bis 160) entschieden, daß die Kassenärzte durch die Übermittlung von bestimmten Patientendaten an die Krankenkassen oder an die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht die ihnen gegenüber den Versicherten obliegende Schweigepflicht verletzen. Die gesetzliche Auskunftspflicht des Kassenarztes ist daher ohne Verstoß gegen geltendes Verfassungsrecht als Offenbarungsbefugnis im Sinne von § 203 StGB zu werten.
2. Das Gutachten läßt außer acht, daß im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur Vergütungen abzurechnen sind, sondern daß auch Leistungstatbestände festgestellt werden müssen. Auch für diese Zwecke sind personenbezogene Daten erforderlich.

Noch ein Wort zum verfassungsrechtlichen Gebot der Normenklarheit:

Der Grundsatz der Normenklarheit ist dann gewahrt, wenn die von einer gesetzlichen Regelung Betroffenen die Rechtslage erkennen und ihr Verhalten danach einzurichten vermögen (BVerfGE 45, 400, 420 m. w. N.). Dabei genügt es, wenn es auf Grund einer Auslegung der Rechtsvorschrift gelingt, deren Regelungsinhalt zu ermitteln. Eine Gesetzesregelung über jeden Einzelfall der zulässigen Datenerhebung oder -verwendung ist nicht erforderlich und wäre auch nicht umsetzbar. Wenn im Sozialleistungssystem personenbezogene Daten zu den normierten Lei-

stungstatbeständen gehören, erstreckt sich der Normgehalt der Vorschriften denk- und sachnotwendig auch auf die zweckentsprechende Erhebung und Verwendung der Leistungsdaten. Mit dem Leistungstatbestand regelt der Gesetzgeber in ausreichender Klarheit gleichzeitig die Begrenzung der informationellen Selbstbestimmung. Jeder Versicherte weiß, daß er mit dem Krankenschein nur Leistungen erhalten kann, wenn er krank ist; er muß also dazu bereit sein, Informationen über seine Krankheit zuzulassen.

— In einem Kurzreferat lassen sich nicht sämtliche Aspekte der Datenschutzdiskussion im Gesundheitswesen behandeln. Ich will daher zusammenfassend folgende Thesen in die Diskussion einbringen:

Thesen:

1. Persönliche Daten der Versicherten sind für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich, um
 - die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch festzustellen,
 - die rechtmäßige Erfüllung des Leistungsanspruchs durch die Leistungserbringer zu prüfen und zu sichern,
 - die Vergütung für die Erbringung der Leistung abzurechnen,
 - die Versicherten über die zur Verfügung stehenden Hilfen zu beraten und ihnen sachdienliche Auskünfte zu erteilen.
2. Persönliche Daten der Versicherten dürfen nur in dem Umfang erhoben werden, in dem sie für die Durchführung der rechtmäßigen Aufgaben benötigt werden.
3. Die Offenbarung personenbezogener Daten ist für die gesetzliche Krankenversicherung in verfassungsrechtlich gebotener Weise im Sozialgesetzbuch und in der Reichsversicherungsordnung geregelt.
4. Nach bisherigen Erkenntnissen ist davon auszugehen, daß der Datenschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung auf verfassungsgemäßer Rechtsgrundlage ge-

regelt ist. Soweit noch nicht erkannte Gesetzeslücken aufgespürt werden sollten, müssen diese unverzüglich verfassungskonform geschlossen werden.

5. Die Diskussion um den Datenschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht dazu dienen, Mißtrauen gegenüber der Rechtsordnung des Leistungssystems zu erzeugen oder Mißbrauch und Ausnutzung des Leistungssystems zu schützen.

Zu dieser Bemerkung besteht vor dem Hintergrund Anlaß, daß etwa vor einem Jahr, als Einzelheiten über die Modellversuche bekannt wurden, in einer regelrechten Kampagne versucht wurde, die Kosten- und Leistungstransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung zu diskreditieren.

Datenschutz im Gesundheitswesen Modellversuche zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz

Professor Dr. S. Simitis

Zusammenfassung

1. Lange Zeit hat die gesetzliche Krankenversicherung eher im Hintergrund der Datenschutzdiskussion gestanden. Sie war nicht mehr als einer von vielen ebenso selbstverständlichen wie alltäglichen Anwendungsfälle der Verarbeitung personenbezogener Daten. Spätestens seit den Modellversuchen zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz steht jedoch die gesetzliche Krankenversicherung mit im Vordergrund aller Überlegungen über Aktualität und Aufgaben des Datenschutzes. Die Modellversuche haben einerseits den Blick für die Möglichkeiten einer konsequenten Datenverarbeitung geschärft, andererseits aber auch die Notwendigkeit einer gezielten Verarbeitungsregelung verdeutlicht. Manche Streitfrage ist mittlerweile, nicht zuletzt dank der intensiven Gespräche zwischen den für einzelne konkrete Projekte zuständigen Krankenkassen und den jeweiligen Datenschutzbeauftragten, geklärt worden. Nach wie vor wird jedoch die Auseinandersetzung über Voraussetzungen und Grenzen der Modellversuche durch eine Reihe von Mißverständnissen und Fehlinterpretationen belastet.

2. Ziel sämtlicher Modellversuche ist es, den ständig steigenden Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung entgegenzuwirken. Sie sollen eine bessere Kenntnis der Bedingungen vermitteln, unter denen gegenwärtig Leistungen erbracht werden und damit zugleich die Grundlage für eine Politik schaffen, die, um einer langfristigen Sicherung der Leistungen willen, die Kosten dämpft. Die Modellversuche sind insofern ihrer ganzen Struktur und Funktion nach Instrumente einer auf die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung angelegten Planung. In diesem Rahmen stellt sich die Frage nach der Verarbeitung von Versichertenda-

ten, und damit unterscheidet sie sich zugleich von all den Fällen, in denen beispielsweise im Hinblick auf die Überprüfung einer bereits erbrachten einzelnen Leistung auf bestimmte individuelle Angaben zurückgegriffen wird. Argumente, die im Zusammenhang mit diesen konkreten Einzelsituationen zu den Verarbeitungsmodalitäten von Versichertendaten entwickelt worden sind, lassen sich deshalb nicht auf die Bewertung der Modellversuche übertragen.

3. Die gesetzliche Krankenversicherung ist Teil der Sozialverwaltung. Sie kann und darf daher ihre Aufgaben immer nur unter den für die Sozialverwaltung ebenso wie für die Verwaltung überhaupt geltenden Handlungsbedingungen erfüllen. Konkret: Die rechtliche Zulässigkeit der Entscheidungen zur gesetzlichen Krankenversicherung mißt sich zuvörderst an ihrer Übereinstimmung mit den Erfordernissen einer strikt rechtsstaatlich agierenden, verfassungskonformen Verwaltung. Genau diese Voraussetzung ist aber nur solange erfüllt, wie der vom Grundgesetz geforderten und garantierten informationellen Selbstbestimmung auch und gerade dort Rechnung getragen wird, wo es um die Verarbeitung der Versichertendaten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geht. So gesehen ist der Datenschutz zwingende, in der Verfassung abgesicherte Funktionsvoraussetzung der gesetzlichen Krankenversicherung. Wie sie ihren Aufgaben nachzugehen hat, bestimmt sich infolgedessen nicht am Datenschutz vorbei oder gar im Gegensatz zu ihm, sondern ausschließlich in Kenntnis und unter strikter Beachtung seiner konstitutiven Voraussetzungen, vor allem also einer klaren Zweckbindung sowie einer für den Betroffenen jederzeit erkennbaren, nachvollziehbaren und kontrollierbaren Verarbeitung.

4. Genau diese Erwartung läßt sich nicht erfüllen, wenn die Verarbeitung von Versichertendaten weitgehend mit mehr oder weniger allgemein gehaltenen Hinweisen auf die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gerechtfertigt wird. Niemand kann ernsthaft bestreiten, daß den Krankenkassen keineswegs nur die Funktion eines bloßen Kostenträgers zukommt. Mit jedem Schritt auf eine Konzep-

tion hin, die in der Tätigkeit der Krankenkassen die Konkretisierung eines allgemeinen Auftrags zur Sicherstellung der Gesundheit sieht, verändern sich allerdings auch die Informationsansprüche. Spätestens in dem Augenblick, in dem präventive Gesichtspunkte in den Vordergrund rücken, fällt es zunehmend schwer, die Verarbeitungsvoraussetzungen und -grenzen präzise und nachvollziehbar zu umschreiben. Eine konsequent auf die Prävention bedachte Informationspolitik weist tendenziell stets über eine auf die medizinischen Angaben beschränkte Verarbeitung hinaus. Daten über das jeweilige soziale Umfeld des Versicherten geraten genauso in den Mittelpunkt des Interesses. Ganz abgesehen davon verstärkt eine auf präventive Ziele gerichtete Verarbeitung die multifunktionale Verwendung der Daten und erschwert damit erneut eine verlässliche Beschreibung der Verarbeitungsanlässe und -inhalte.

5. Mangelnde Präzision kann nicht durch den immer wiederkehrenden Hinweis auf die „soziale Solidarität“ als dem eigentlich tragenden Prinzip der Krankenversicherung kompensiert werden. Die „Solidarität“ vermag ebensowenig wie etwa die „öffentliche Sicherheit“ einen gleichsam offenen Verarbeitungsprozeß zu rechtfertigen. Der Versicherte geht mit seiner Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung ohne Zweifel Bindungen ein, die sich nicht zuletzt in den Informationserwartungen der Krankenkassen und den durch sie veranlaßten Verarbeitungsprozessen konkretisieren. Nicht minder relevant ist aber, daß die gesetzliche Krankenversicherung mit ihrer Tätigkeit einen für den Betroffenen lebenswichtigen Bereich berührt. Der Versicherte ist insofern von vornherein auf die Leistungen angewiesen und deshalb von der Krankenkasse abhängig. Genau genommen befindet er sich in einer Situation, die mit der Lage des Arbeitnehmers durchaus vergleichbar ist. Ebensowenig wie deshalb der bloße Verweis auf das bestehende Arbeitsverhältnis genügt, um Personalinformationssysteme zu legitimieren, reicht die Erwähnung der Solidarität, um eine nicht weiter präzierte Verarbeitung von Versichertendaten zu begründen. Der Vergleich mit dem Ar-

beitsverhältnis macht zudem noch ein Weiteres deutlich: Die Abhängigkeit des Versicherten und die sich daraus für die Verarbeitung ergebenden Folgen werden nicht deshalb behoben, weil die Versicherten Vertreter in die Aufsichtsgremien entsenden. Auch die gesetzlich garantierte Mitbestimmung der Arbeitnehmer ändert nichts an ihrer Abhängigkeit und entbindet daher nicht von der Verpflichtung, den Verarbeitungsprozeß an klare und verbindliche Bedingungen zu knüpfen.

6. Selbst dort aber, wo an die Stelle allgemeiner Bemerkungen zur Solidarität scheinbar weitaus präzisere Hinweise, wie etwa auf die §§ 223 oder 182 Abs. 2 RVO, treten, ist die unter Datenschutzgesichtspunkten für solche Modellversuche unerläßliche Präzision der Verarbeitungsbedingungen nicht erreicht. Generalklauseln wie etwa die Formulierung, die Krankenpflege müsse ausreichend, zweckmäßig und notwendig sein, bewegen sich auf einer notwendigerweise abstrakten Ebene. Sie legen keineswegs den Handlungsspielraum verbindlich fest, sondern beschreiben nur allgemeine Handlungsziele. Für die Gewährung von Sozialleistungen gilt jedoch nicht anders als in allen weiteren Fällen einer zwangsweisen Erhebung personenbezogener Daten das Gebot einer präzisen gesetzlichen Umschreibung des Verwendungszwecks, die allein auch eine strikte, ständig überprüfbare Zweckbindung sichern kann. Die Konstruktion eines allgemeinen Auftrags zur Herstellung von Kosten- und Leistungstransparenz mit Hilfe einer Auflistung verschiedener RVO-Vorschriften genügt diesem Bestimmtheitsgebot genauso wenig, wie außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar unspezifiziert gefaßte Regelungen die Verarbeitung rechtfertigen können. Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zum Volkszählungsgesetz (VZG) besagt, entgegen mancher anderslautenden Bemerkung, nichts Gegenteiliges. Das Gericht hat lediglich festgestellt, daß es im Sozialgesetzbuch ebenso wie etwa in der Abgabenordnung bestimmte, konkret auf den Datenschutz zugeschnittene Vorschriften gibt. Das BVerfG hat aber nirgends gesagt, wei-

tere Überlegungen zu den Konsequenzen des Datenschutzes für die Sozialverwaltung überhaupt und speziell die gesetzliche Krankenversicherung seien damit überflüssig. Spätestens an den Modellversuchen erweist sich, wie sehr es darauf ankommt, über diese wenigen, sicherlich besonders wichtigen Vorschriften hinaus den Gesamtkomplex der Datenverarbeitung durch die Sozialversicherungsträger in ein dem Bestimmtheitsgebot entsprechendes gesetzliches Regelungssystem einzuordnen. Sicherlich müssen die Versicherungsträger die Chance der Selbstverwaltung nutzen, um alle ihnen möglichen Maßnahmen zur Präzisierung und Transparenz des Bearbeitungsprozesses zu treffen. Eine noch so große Bereitschaft, selbst Vorkehrungen vorzusehen, ersetzt aber nicht eine gesetzliche Regelung. Die im Rahmen der eigenen Entscheidungskompetenz getroffenen Maßnahmen sind immer nur komplementär, nicht jedoch alternativ zur gesetzlichen Festschreibung der Verwendungsziele.

7. Alle Überlegungen zu den notwendigen Verarbeitungsbedingungen müssen von einer sorgfältigen Interessenanalyse ausgehen. Mit der einfachen Gegenüberstellung der legitimen Kostendämpfungserwartungen einerseits und den Datenschutzerfordernissen andererseits ist es nicht getan. Sie verkürzt die Problemsicht und verführt zu einer einseitigen Argumentation. Zunächst: Eine Gesellschaft, die sich für eine gesetzliche Krankenversicherung entscheidet, muß sich ohne Zweifel fortlaufend mit den Leistungsbedingungen auseinandersetzen, um die Leistungsfähigkeit des Versicherungssystems zu garantieren. Sie darf aber nicht, soll ihre demokratische Struktur nicht gefährdet werden, eine umfassende Verhaltenssteuerung durch die Sozialverwaltung hinnehmen. Ferner: Die Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung spielt auch aus der Perspektive des Versicherten eine zentrale Rolle, zumal davon nicht zuletzt seine finanzielle Belastung abhängt. So gesehen, spricht aus seiner Sicht ebenfalls viel für ein Höchstmaß an Transparenz der Kostenstruktur. Nur ist es dem Versicherten keineswegs gleichgültig, wann, zu wel-

chen Zwecken, in welchem Umfang und mit welchen Konsequenzen auf die Angaben zu seiner Person zurückgegriffen wird. Schließlich: Der Vertraulichkeit kommt auch und gerade für den Arzt eine besondere Bedeutung zu. Sie ist, genaugenommen, elementare Voraussetzung seiner Aktivität. Insoweit ist seine Zurückhaltung gegenüber einer Verarbeitung von Gesundheitsdaten einsichtig und legitim. Sie wird dagegen dann problematisch, wenn sie die Intransparenz der eigenen, sich auf die Kostenstruktur der Versicherung auswirkenden Entscheidungen sichern soll.

3. Bedenkt man diesen Hintergrund, dann werden Funktion und Grenzen einer am Datenschutz orientierten Verarbeitungsregelung sichtbar. Der Datenschutz ist kein Instrument der Auseinandersetzung mit der Opportunität sowie der Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung. Wer deshalb seine Kritik am Sozialleistungssystem auf die Datenschutzebene verlagert, führt sie unter falschen Voraussetzungen. Ebenso wenig geht es an, standespolitische Erwartungen als Datenschutzforderungen auszugeben. Notwendigkeit und Umfang der Verarbeitungsregelung richten sich nicht nach dem Verarbeitungsverständnis eines bestimmten Berufes. Wo daher der Datenschutz unter standespolitischen Aspekten gesehen und vereinnahmt wird, bleiben seine rechtlich allein relevanten Ansatzpunkte außer Betracht. Sie ergeben sich einzig aus der Notwendigkeit, die gesetzliche Krankenversicherung durchweg so zu organisieren, daß die Verarbeitung von Versichertendaten, wo sie nachweislich erforderlich ist, unter feststehenden, jederzeit nachprüfbaren Bedingungen stattfindet.

Konsequenterweise dürfen sich die Datenschutzbeauftragten keineswegs darauf beschränken, konkrete „Mißbräuche“ aufzuzeigen oder gar erst im nachhinein abzustellen. Mit ihre wichtigste Funktion ist es im Gegenteil, die Entwicklung der Verarbeitungs- und Kommunikationstechnik kontinuierlich zu verfolgen, um mögliche Gefahren rechtzeitig offenzulegen und durch gezielte Maßnahmen aufzufangen. Datenschutz hat insofern eine präventive Funktion. Nur solange sie berücksichtigt sowie konsequent gehand-

habt wird, können die Datenschutzbeauftragten die ihnen obliegende, vom BVerfG ausdrücklich bestätigte Aufgabe eines „vorbeugenden Rechtsschutzes“ erfüllen. Genau darum geht es aber in erster Linie bei den Überlegungen und Vorschlägen zu den Modellversuchen.

9. Der Datenschutz setzt Prioritäten. Der Zugriff auf personenbezogene Angaben muß, so wünschenswert er erscheinen mag, die Ausnahme bleiben. Die gesetzliche Krankenversicherung hat insofern keine Alternative. Alle Aufmerksamkeit muß sich zunächst darauf konzentrieren, wie das für die Reflexion zur Kostendämpfung notwendige Informationsmaterial mit Hilfe anonymisierter Daten gewonnen werden kann. Zudem: „Globaldaten“ mögen oft kaum aussagefähig sein. Nur läßt sich mit dieser Feststellung keineswegs der uneingeschränkte Rückgriff auf personenbezogene Angaben rechtfertigen. Vielmehr gilt es festzustellen, ob und in welchem Umfang sich die Ziele der Modellversuche mit fallbezogenen Angaben, Daten also, die keinen Versichertenbezug aufweisen, erreichen lassen.

10. Weit mehr als bisher gilt es zu prüfen, inwieweit die Erhebung und Speicherung von Versichertendaten durch die Kassen auf dem Weg über alternative Beschaffungsformen überflüssig gemacht werden könnte. DEVO und DÜVO etwa verpflichten den Arbeitgeber, eine Vielzahl von Informationen für die Sozialversicherung zu sammeln, aufzubereiten und weiterzuleiten. Mit Hilfe besonderer Übermittlungspflichten, die, sei es gesetzlich, sei es vertraglich — wie im Falle der Kassenärztlichen Vereinigungen —, zu statuieren wären, ließe sich eine Information der Krankenkassen in dem erforderlichen Umfang sicherstellen, zugleich aber die Verarbeitung von Versichertendaten gezielt reduzieren.

11. Ganz gleich, welche Wege man beschreitet, der Betroffene muß in jedem Fall den Verarbeitungsprozeß überschauen können. Keinesfalls reicht es daher aus, auf die Selbstverwaltung der Krankenkassen hinzuweisen, um es dann bei einer Information der jeweiligen Selbstverwaltungsgremien bewenden zu lassen. Vielmehr gilt es auch gerade bei Projekten, die, wie die Modellversuche, Versi-

chertendaten so detailliert verarbeiten, für eine genaue Information der Betroffenen über Anlaß, Mittel und Ziele der Verarbeitung zu sorgen. Sie ist die unabdingbare Voraussetzung einer rechtlichen Zulässigkeit der Verarbeitung.

12. Die Verarbeitung muß unter Bedingungen erfolgen, die gezielt den Gefahren einer „Normung“ des Patientenverhaltens entgegenwirken. Gemeint ist damit ein für die automatische Datenverarbeitung typisches und deshalb keineswegs auf die Verwendung personenbezogener Angaben durch die Krankenkassen begrenztes Risiko. Konkret: Jede Massenverarbeitung von Informationen wird zumeist von einem Kontextverlust begleitet. Die Folge sind abstrakte Schematisierungen und Kategorisierungen, die sehr leicht, und zwar gerade dann, wenn abweichendes Verhalten ermittelt werden soll, zu falschen, für den Betroffenen äußerst gefährlichen Etikettierungen führen. Vor allem dort also, wo, wie bei den Modellversuchen, vorhandene Daten für neue Ziele verwendet werden sollen, kommt es darauf an, die Qualität der Angaben sicherzustellen, mithin Verkürzungen zu vermeiden, die ein unzutreffendes, für den Betroffenen gefährliches Bild entstehen lassen. Mit den ständig wiederkehrenden Feststellungen, die endgültigen Entscheidungen würden von Menschen und nicht von Maschinen getroffen, argumentiert man am eigentlichen Sachverhalt vorbei. Die Entscheidung erfolgt auf der Grundlage eines Informationsmaterials, das durch die Verarbeitung schon eine bestimmte Gestalt angenommen hat und deshalb festgefügte Vorstellungen über das Patientenverhalten vermittelt, deren Hintergrund nicht mehr erkennbar und ohne weiteres korrigierbar ist. Der Datenschutz kann und darf sich unter diesen Umständen nicht für das Informationsmaterial desinteressieren, sondern muß auf eine aus der Perspektive des Betroffenen korrekte Informationsvermittlung bedacht sein, die Qualität der verwendeten Daten also sicherstellen.

Modellversuche zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz: Zielverschiebungen führen zu „Polizeieffekten“

Paul J. Müller

In einer Zeit, zu der unklar ist, was überhaupt die Ärzte und Zahnärzte an personenbezogenen Daten an Krankenkassen für welche Zwecke offenbaren dürfen¹⁾, markieren die Modellversuche zur Erhöhung der Kosten- und Leistungstransparenz den Beginn der Verwendung dieser Patientendaten zu Steuerungszwecken.

Die bisherige **Globalsteuerung** — so hieß es erst kürzlich bei der Vorstellung eines Modellversuches zur Leistungs- und Kostentransparenz im Raum Heilbronn — habe sich als nicht ausreichend erwiesen, um der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen Einhalt zu gebieten. Parallel dazu müsse daher eine **Individualsteuerung** treten, für die der Modellversuch das notwendige Instrumentarium liefern solle²⁾.

Grundlagen dieser Individualsteuerung wären die medizinischen Behandlungsdaten, die auf verschiedenen Vordrucken den Krankenkassen bislang zum Zwecke der Abrech-

¹⁾ vgl. die Entschließung der Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder zu den aus dem Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichts zu ziehenden Konsequenzen vom 27./28.3.1984: „In welchem Umfang aber etwa im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge oder der kassenärztlichen Abrechnung Daten offenbart werden dürfen, ist weitgehend unklar“ (S. 15), das Gutachten des ehemaligen Bundesbeauftragten für den Datenschutz, Prof. Dr. H. P. Bull, Rechtliche Grundlagen der Offenbarung von Patientendaten durch Kassenärzte vom Juli 1984 (veröffentlicht in: Meye, M. R., und Schwartz, F. W. (Bearbeiter), Transparenzprojekte in der GKV — Arzt- und Patientendaten zwischen Anonymität und Offenbarung, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1984, S. 97—135, sowie das auf die Offenbarung im Einzelfall abgestellte Urteil des Bundessozialgerichts (6 RKA 10/82) vom 22. 6. 1983.

²⁾ So der Bericht in der Schwäbischen Zeitung v. 20. 11. 84 und in der Ärzte-Zeitung v. 22. 11. 84. Diesen liegt eine Pressemitteilung v. 19. 11. 84 des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg (Nr. 122/84) zugrunde.

nung der ärztlichen Leistungen oder Verordnungen und speziellen Prüfungseinrichtungen zum Zwecke der Richtigkeits- bzw. Wirtschaftlichkeitsprüfung übermittelt werden. Diese beiden Verwertungszwecke sind zwar den betroffenen Patienten zumeist unbekannt, tangieren sie jedoch nicht weiter. Die Verwendung der Abrechnungsdaten für diese Zwecke bleibt für den Versicherten folgenlos.

Dies soll nun nach den Planungen einiger Krankenkassen anders werden. Nun soll durch die elektronische Erfassung der Behandlungsdaten und durch die Überprüfung „geeigneter Fälle“ längerfristig die „Handlungskompetenz der Krankenkassen“ erweitert werden³⁾. Wie wird nun diese Steigerung der Handlungsspielräume — der Kontroll- und Steuerungskapazitäten der Krankenkassen — begründet? Mit wechselnden Akzenten des Stellenwertes, aber durchgängig immer zentral wird eine Kann-Vorschrift in der Reichsversicherungsordnung (RVO) herangezogen, die 1977 durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz in der heute gültigen Fassung eingeführt wurde. Hiernach gilt:

„Die Krankenkasse kann in geeigneten Fällen im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhausträgern für den jeweiligen Bereich sowie den Vertrauensärzten die Krankheitsfälle vor allem im Hinblick auf die in Anspruch genommenen Leistungen überprüfen; die Krankenkasse kann den Versicherten und den behandelnden Arzt über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten unterrichten.“ (§ 223 RVO)

Die faktischen Ausgestaltungsspielräume dieser Ermächtigungsnorm sollten im Rahmen von Modellversuchen ausgelotet werden.

³⁾ vgl. z. B. den Bericht der Techniker-Krankenkasse zum Stand der Modellversuche nach § 223 RVO v. 17. 5. 83 an den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Zielverschiebungen

Bei den konzeptionellen Vorarbeiten zu diesen Versuchen kam es jedoch zu derart gravierenden Zielverschiebungen, daß die derzeitigen Planungen nur noch wenig gemein haben mit dem Text des § 223 noch mit den gesetzgeberischen Intentionen⁴⁾. Sicherlich, Forschung ist ein dynamischer Prozeß; man wird vernünftigerweise nicht genau wissen können, was das Ergebnis von Forschung sein wird. Bei den Modellversuchen indes mußte es um die Umsetzungsmöglichkeiten einer gesetzlichen Vorschrift gehen; sie hatte sich im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften zu halten.

An drei Prozessen möchte ich diese Zielverschiebungen exemplarisch verdeutlichen.

1. Mit dem § 223 wurde den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, in „geeigneten Fällen“ den Versicherten und den behandelnden Arzt „über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten (zu) unterrichten“.

Vermittlung von Transparenz, von Kostenkenntnis beim Versicherten und dem Arzt war und ist Ziel dieser gesetzlichen Regelung.⁵⁾

In der Begründung zum Regierungsentwurf hieß es dann auch:

„Die vorgesehene Möglichkeit der Krankenkassen, im Zusammenwirken mit den Ärzten die Krankheitsfälle der Versicherten zu prüfen, soll insbesondere dazu beitragen, daß unwirtschaftlicher und übermäßiger Leistungsaufwand ver-

⁴⁾ Diese Zielverschiebungen lassen sich u. a. gut aus den verschiedenen Versionen des Berichtes zu den konzeptionellen Grundlagen des Begleitforschungsinstituts der Modellversuche gemäß § 223 RVO ableiten. Vgl. hierzu: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin: Modellversuche zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz in der Gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 223 RVO — Konzeptionelle Grundlagen und ausgewählte Anwendungsbeispiele, Mai 1983 (IGES-Papier Nr. G 146 a), September 1983 (IGES-Papier Nr. G 146 b), Januar 1984 (IGES-Papier Nr. G 146 c)

⁵⁾ So zuletzt noch im Positionspapier des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung „Modellversuche der Leistungs- und Kostentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung und Datenschutz“ v. 11. 4. 84, S. 4: „Die Modellversuche dienen nicht der Entwicklung neuer Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung.“

nieden werden kann. Das Unterrichtsrecht der Krankenkassen soll es ermöglichen, dem Versicherten die Aufwendungen durchsichtig zu machen, die mit den für ihn erbrachten Leistungen verknüpft sind.“⁶⁾

Im Verlaufe der parlamentarischen Beratungen wurden auch die behandelnden Ärzte als Adressaten für eine Unterrichtung mit einbezogen.

Nun ist sicherlich der Stand der Forschung über die Wirkungen von Kostenkenntnissen auf das Inanspruchnahmeverhalten nicht gerade ermutigend. Begründete Skepsis überwiegt.

Das Begleitforschungsinstitut der vom BMA geförderten Modellversuche beschreibt das vorherrschende Verständnis zutreffend wie folgt:

„Die möglichst flächendeckende Verschickung von „Kontoauszügen“, die die in Anspruch genommenen (bzw. erbrachten) Leistungen und deren Kosten darstellen, wurde als ein geeignetes Mittel gesehen, um durch eine Stärkung des Kostenbewußtseins bei allen Beteiligten zu einer wirksameren Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu gelangen.

Indem den Betroffenen die (vor allem ökonomischen) Konsequenzen ihres Handelns noch einmal vor Augen geführt wurden, glaubte man zu einer freiwilligen Selbstbeschränkung bei der künftigen Leistungsanspruchnahme bzw. der Leistungserbringung kommen zu können. Im Hintergrund dieser Überlegungen stand die These, ein verantwortungsvolles Handeln aller Beteiligten (Versicherte wie Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer) im Rahmen der Solidargemeinschaft Krankenkasse setze eine optimale Information über das Leistungsgeschehen und seine Kosten voraus.“⁷⁾

Aus dieser Skepsis hieraus dann aber die Konsequenz zu ziehen, von der Unterrichtung immer mehr abzugehen und die Versicherten in geeigneten Fällen einer „Zwangsbera-

⁶⁾ BT-Drucksache 8/166 v. 16. 3. 1977

⁷⁾ IGES-Bericht Nr. G 146 c, a. a. O., S. 11

tung“ zu unterziehen, verläßt eindeutig den angebotenen Handlungsrahmen.

Dies steht ja inzwischen aufgrund der datenschutzrechtlichen Prüfung der Modellversuche fest. Es gibt im Sozialgesetzbuch keine Ermächtigungsnorm, die es den Krankenkassen erlauben würde, für Beratungszwecke personenbezogene Patientenkarrieren zu speichern. Der Versicherte hat einen Anspruch auf Beratung — wenn er ihn geltend macht. Keinesfalls eröffnet jedoch § 14 SGB I ein Recht der Krankenkassen, dem Versicherten eine Beratung aufzudrängen.⁸⁾

Anderes wurde tatsächlich begründet mit der Notwendigkeit der „Vermittlung zusätzlicher Kompetenz“, die (ich zitiere weiter) „erst eine verantwortungsbewußte Verhaltensänderung bei Versicherten und Ärzten möglich zu machen scheint“.⁹⁾

In dieser Zielverschiebung wird deutlich, wie schnell der Perspektivenwechsel von der ursprünglich beabsichtigten Steigerung der Eigenverantwortung, der Eigensteuerung zu einer Fremdsteuerung durch Bürokratien vorgenommen wurde.

2. Auf den ersten Blick nur konsequent erschien deshalb der Aufbau von zusätzlichen Handlungskompetenzen auf Kassenseite — schließlich müßten erst die Personen und Stellen bereitgestellt werden, die diese „Beratung“ auch kompetent durchführen könnten. In den frühen Planungen sollten hierfür neue Einheiten geschaffen werden, hießen sie nun „Gesundheitszentrum“, wie bei der AOK Main-Kinzig, oder — weniger anspruchsvoll — neue „kasseneigene Leistungen“.

Kennzeichnend für die zweite Zielverschiebung bei den Bemühungen um die Umsetzung des § 223 RVO ist deshalb die enorme Bedeutung, die der Kontrolle des Leistungsge-

⁸⁾ So die gutachterliche Stellungnahme des Landesbeauftragten für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen zum Modellversuch „Dortmund II“ v. 10. 5. 84

⁹⁾ IGES-Bericht Nr. G 146 c, a. a. O., S. 19

schehens durch die Krankenkasse zukommen sollte. Wenn größere individuelle Handlungskompetenzen — die Stärkung der Eigensteuerungsmöglichkeit — über eine erhöhte Leistungs- und Kostentransparenz nicht erreichbar erschienen, so müßten die Kontroll- und Überwachungskapazitäten vergrößert und/oder effektiver gemacht werden.

Aus einer solchen Perspektive der sozialen Kontrolle stellt sich dann das Problem der Umsetzung wie folgt dar. Ich zitiere hier eine Arbeit, die ebenfalls im Zusammenhang mit der Umsetzung des § 223 RVO entstanden ist, und ich tue dies auch in der Absicht, die Sprache deutlich werden zu lassen, in der die Sachverhalte behandelt werden:¹⁰⁾

„Eine Überwachung der Leistungsanspruchnahme der Versicherten wird von den Krankenkassen bereits bei jenen Leistungen durchgeführt, in denen die Leistungsgewährung oder die Kostenerstattung bei der Krankenkasse zu beantragen sind. Auch die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden vielfach überprüft. Die Verwendung von Krankenscheinen oder die Inanspruchnahme von Arzneimitteln unterliegt dagegen im allgemeinen keiner versichertenbezogenen Überprüfung. Die Ursache für diese fehlende Kontrolle dürfte insbesondere in der Organisation der Leistungsabrechnung und Datenverarbeitung zu sehen sein. Für eine weitergehendere versichertenbezogene Überwachung sprechen die Moral-Hazard-These und sozialmedizinische Erkenntnisse zur Leistungsanspruchnahme und zum Krankheitsverhalten. Die Kontrolleffizienz dürfte gewahrt sein, wenn die Überwachung nur selektiv durchgeführt wird und insbesondere kostenintensive Krankheitsfälle überprüft werden.“

Die Konsequenzen aus einem solchen Problemverständnis liegen dann auf der Hand: Verbesserung der Organisation der Leistungsabrechnung und der Datenverarbeitung, wei-

¹⁰⁾ Schneider, M., Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung und Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung, Augsburg: Beratungsgesellschaft für Angewandte Systemforschung (BASYS), 1983, S. 90

tergehendere versichertenbezogene Überwachung durch Speicherung der medizinischen Behandlungsdaten mit dem Ziel, hieraus geeignete Fälle für die Unterrichtung bzw. Beratung der Versicherten und Ärzte zu ermitteln.

Wie eine solche Speicherung aussehen könnte, möchte ich Ihnen am Beispiel eines noch relativ unbekanntes Modellversuches kurz schildern. Um die gesamte Problematik zu veranschaulichen, beziehe ich mich auf den Planungsstand vor der Intervention der Datenschutzbeauftragten und der zahnärztlichen Organisationen.¹¹⁾

Die BKK Voith will die zahnärztliche Behandlung ihrer Versicherten zum Gegenstand der Überprüfung und des Herausfindens geeigneter Fälle für Unterrichtungs-/bzw. Beratungsmaßnahmen machen. Vorgegeben wurde u. a. das Interesse an der Struktur der zahnärztlichen Behandlung — also derjenige Teil der zahnärztlichen Tätigkeit, der sich im wesentlichen durch die Füllungstherapie kennzeichnen läßt.

Um diese Behandlungsstrukturen auch unter dem Gesichtspunkt der durchschnittlichen Haltbarkeit von Zahnfüllungen abbilden zu können, sollte eine Totalerfassung aller Versicherten über mehrere Jahre hinweg erfolgen. Begründung: Nur durch die Erfassung aller Versicherten könnten diejenigen ermittelt werden, bei denen im Lauf der Zeit am selben Zahn eine Wiederholungsfüllung vorgenommen würde und dann überprüft werden, ob diese „geeignete Fälle“ im Sinne des § 223 RVO seien.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie durch die Vorgabe eines Kontrollinteresses auf seiten der Krankenkasse und nach Ablauf von Modellversuchen bereits jetzt schon feststehen dürfte, daß eine spätere verwaltungsmäßige Umsetzung die Totalerfassung vorprogrammieren würde. Da Karies eine sehr weitverbreitete Krankheit ist — Personen ohne Zahnfüllungen dürften in diesem Saale nahezu kaum

¹¹⁾ BKK Voith, Heidenheim: Feinkonzept der Modellversuche zur Leistungs- und Kostentransparenz nach § 223 RVO bei der Voith BKK, Juli 1984

anzutreffen sein — wäre prinzipiell jeder zu erfassen und seine weitere zahnärztliche Behandlung zu beobachten. Nach statistischen Unterlagen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung wurden im Jahre 1982 insgesamt 58 Millionen Füllungen gelegt. Bedenkt man dann noch, welche zusätzlichen Informationen zu Erfassung eines solch multikausalen Geschehens wie das Krankheits- bzw. Gesundheitsverhalten nun einmal ist, erforderlich wären, kann man sich unschwer vorstellen, welche enormen „Datenzusammenführungen“ hier über Zeit erfolgen müßten.

Die einvernehmliche Auffassung der Datenschutzbeauftragten — bei aller Unterschiedlichkeit in einzelnen Rechtsfragen und Begründungen —, daß der § 223 RVO keinesfalls — wie von Kassenseite behauptet¹²⁾ — die personenbezogene Speicherung der medizinischen Behandlungsdaten aller Versicherten gestatte¹³⁾, hat hier schon zu ersten — wenn auch noch unzulänglichen — Korrekturen in der Planung geführt.¹⁴⁾

Dennoch scheint es, daß weniger der Datenschutz als vielmehr die gewaltigen Kosten einer neuen Kontrollbürokratie die wirksameren Bremsen beim Nachdenken über die Wünschbarkeiten verstärkter Kontrollmechanismen waren. Dennoch zeigen solche Planungen — bei der BKK Voith wie auch bei einigen Krankenkassenarten in Westfalen-Lippe¹⁵⁾ — wie virulent Vorstellungen zur individuellen Kon-

¹²⁾ So etwa Sendler, H., Qualität und Wirtschaftlichkeit als Auftrag der Leistungsträger — Zu den Grundlagen der Transparenzvorhaben in der gesetzlichen Krankenversicherung, St. Augustin: Asgard Verlag, 1984, S. 28

¹³⁾ vgl. inzwischen den 7. Tätigkeitsbericht des Bundesbeauftragten für den Datenschutz zum 1. 1. 1985, BT-Drucksache 10/2777, Abschnitt 15.2.1, sowie den 13. Tätigkeitsbericht des Hessischen Datenschutzbeauftragten v. 13. 2. 1985, Hessischer Landtag, Drucksache 11/3215, Abschnitt 3.4

¹⁴⁾ Überarbeitetes Feinkonzept der Modellversuche zur Leistungs- und Kostentransparenz bei der BKK Voith, Stand 2. 11. 84

¹⁵⁾ vgl. das Diskussionspapier „Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Steuerungsmechanismen und der Anspruchs- und Rechnungsprüfung im Leistungsgeschehen der gesetzlichen Krankenkassen in Westfalen-Lippe“ vom 10. 1. 1984, 64 Seiten

trolle des Krankheitsverhaltens der Versicherten sind. Und es ist keineswegs beruhigend, daß es bisher primär Kosten-Nutzen-Erwägungen waren, die flächendeckende Krankheitsregister bei den Krankenkassen verhindert haben. Hierzu verläuft die technologische Entwicklung immer preisgünstigerer Geräte zum maschinellen Lesen von Handschriften zu stürmisch.

Um so mehr kommt es auf die selbstgesetzten Beschränkungen an, die sich eine Gesellschaft auferlegt, die ganz bewußt nicht zulassen will, alles das zu tun, was technisch machbar ist oder technisch machbar wird.

Dieser Diskussion über sozial erwünschte Datenverarbeitung, über den notwendigen Datenschutz auch in der gesetzlichen Krankenversicherung, der immer auch zugleich die Diskussion über die Informations- und Machtverteilung zwischen Individuen und Organisationen und zwischen Organisationen induziert, kann nicht lapidar entgegnet werden, Datenschutz gefährde die Kostendämpfung im Gesundheitswesen, entarte gar zum „Täterschutz“. Ganz im Gegenteil, das Eingreifen des Gesetzgebers in der Form der allgemeinen Datenschutzgesetze und einiger spezialgesetzlicher Regelungen war die Antwort auf durchweg ähnliche Problemstellungen außerhalb des Gesundheitswesens: den Gefahren der Verhaltenskontrolle des Bürgers durch neue Formen der Datenverarbeitung entgegenzutreten.¹⁶⁾

3. Eine dritte Zielverschiebung ist ebenfalls durchweg in den Planungen der Strategen festzumachen. Diese betrifft

¹⁶⁾ vgl. hierzu Müller, P. J., Soziale Kontrolle durch Datenbanken?, in: Krauch, H. (Hrsg.), Erfassungsschutz, Stuttgart 1975, S. 141 – 152. Inzwischen hat auch der Bundesbeauftragte für den Datenschutz seine grundsätzlichen und übergreifenden Bedenken gegen „die in § 223 RVO angelegte totale oder zumindest sehr weitgehende Erfassung und Verwendung von Krankheits-, Leistungs- und Kostendaten der Versicherten“ ausgesprochen, vgl. 7. Tätigkeitsbericht, a. a. O., S. 50. Früher schon der Hessische Datenschutzbeauftragte in seinem 12. Tätigkeitsbericht vom 19. 1. 84, Hessischer Landtag, Drucksache 11/473, Abschnitt 3.2, sowie die Landesbeauftragte für den Datenschutz Baden-Württemberg in ihrem 4. Tätigkeitsbericht zum 31. 12. 1983, Stuttgart 1984, S. 7–17

die Arbeitsteilung und die sie regelnden gesetzlichen Aufgabenbestimmungen der Krankenkassen und der Ärzte sowie ihrer Körperschaften.

Eine ganz besondere Attraktivität bei den Planungen des Einsatzes der elektronischen Datenverarbeitung in Krankenkassen scheint die Vorstellung zu entfalten, mit ihrer Hilfe das Monopol der Ärzte auf medizinischen Sachverstand zu bestreiten. Durch den Einsatz der Datenverarbeitung möchte man — so scheint es — in Aufgabenfelder vorstoßen, für die es entweder derzeit für die Krankenkassen keinen Platz gibt, oder mögliche Schwachstellen bzw. Defizite aufscheinen.¹⁷⁾

Dem Ziel der „Erweiterung der Handlungskompetenz der Krankenkassen“ dienend, sind die Modellversuche mehr als nur Bemühungen um Transparenz für die Versicherten und die Ärzte.

Auf der „Jagd nach Kompetenzen“¹⁸⁾ stellen sich die Protagonisten des EDV-Einsatzes und der Speicherung von Behandlungsdaten vor, sie könnten hierdurch in genuin professionelle Zuständigkeiten — wie etwa die Gesamtwirkungen des ärztlichen Ordnungsverhaltens zu beobachten oder der medizinischen Qualitätssicherung — hineinwachsen; als wäre nicht mit dem Sicherstellungsauftrag für die ärztliche bzw. zahnärztliche Versorgung auch die Gewährleistungsverpflichtung hinsichtlich dieser Randbedingungen übernommen worden.

Hierdurch entstünde nämlich eine Gemengelage von Funktionen und Zuständigkeiten, die nicht ohne Auswirkungen auf das Arzt-Patient-Verhältnis, so wie wir es heute kennen, bleiben würde.

¹⁷⁾ vgl. statt aller, Sandler, H., Der Einsatz der EDV für die Bewältigung moderner Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung — unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen den Leistungsträgern und der Kassenärzteschaft, in: Sozialer Fortschritt, Heft 10, 1984, S. 221—226, und Heft 11, 1984, S. 250—254

¹⁸⁾ als freie Übersetzung des Begriffs „greedy institutions“ der amerikanischen Organisationssoziologie

Alternativen

Will man den Datenschutz ernst nehmen, so muß sich das Problemverständnis der Leistungs- und Kostentransparenz und der Wege hierzu ändern.

1. Kosten- und Leistungstransparenz darf dann nicht länger mehr ohne Kenntnis derer, denen Transparenz verschafft werden soll, bewirkt werden. (Ich will die Frage, welche Krankenkasse ihre Versicherten vorher gefragt hat, ob sie mit der Speicherung ihrer Daten einverstanden sind, hier nicht wirklich stellen.) Die Worte des Bundesverfassungsgerichts zu einem solchen Verhalten sind jedoch deutlich: „Wer nicht mit hinreichender Sicherheit überschauen kann, welche ihn betreffende Informationen in bestimmten Bereichen seiner sozialen Umwelt bekannt sind, und wer das Wissen möglicher Kommunikationspartner nicht einigermaßen abzuschätzen vermag, kann in seiner Freiheit wesentlich gehemmt werden, aus eigener Selbstbestimmung zu planen oder zu entscheiden. Mit dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung wären eine Gesellschaftsordnung und eine diese ermöglichende Rechtsordnung nicht vereinbar, in der Bürger nicht mehr wissen können, wer was wann und bei welcher Gelegenheit über sie weiß. Wer unsicher ist, ob abweichende Verhaltensweisen jederzeit notiert und als Information dauerhaft gespeichert, verwendet oder weitergegeben werden, wird versuchen, nicht durch solche Verhaltensweisen aufzufallen.... Dies würde nicht nur die individuellen Entfaltungschancen des einzelnen beeinträchtigen, sondern auch das Gemeinwohl, weil Selbstbestimmung eine elementare Funktionsbestimmung eines auf Handlungs- und Mitwirkungsfähigkeit seiner Bürger begründeten freiheitlichen demokratischen Gemeinwesens ist.“¹⁹⁾ Ebenso deutlich sind vom Verfassungsgericht die Anforderungen spezifiziert worden, die Einschränkungen des informationellen Selbstbestimmungsrechts im über-

¹⁹⁾ „Volkszählungsurteil“ des Bundesverfassungsgerichts vom 15. 12. 1983 (1 BvR 209/83 u. a.), S. 45—46

wiegenden Allgemeininteresse zu erfüllen haben. Diesen Anforderungen genügt der § 223 keinesfalls.²⁰⁾

2. Kosten- und Leistungstransparenz sollte die Handlungskompetenzen und Selbststeuerungsmöglichkeiten der einzelnen Versicherten erhöhen — und dies heißt durchgängig: Wahlmöglichkeiten eröffnen. Versuche der Außen- bzw. Fremdsteuerung durch personenbezogene Datenspeicherung und Kontrollstrukturen sollten aufgegeben werden.

In diesem Rahmen hätten Direktbeteiligungsmodelle, die verhaltensändernde Wirkungen auf der Basis von Freiwilligkeit entfalten können, ohne zu sozial unerwünschten Verteilungswirkungen zu führen, durchaus ihren Platz. Modellversuche mit dem Ziel, mehr über die praktischen Wirkungen von Direktbeteiligungen zu erfahren, sollten selbstverständlicher Bestandteil der „Forschung zur Organisation und Funktionserfüllung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ sein.

3. Mehr Transparenz im Gesundheitswesen verlangt nicht notwendigerweise auch ein Mehr an zu erfassenden und abzuspeichernden (personenbezogenen) Daten. Auch durch eine sinnvolle Verringerung und Aufbereitung vorhandener Daten können die Informationen gewonnen werden, welche die Transparenz der Vorgänge im Gesundheitsbereich verbessern helfen.

Von einer völlig anderen Grundannahme gehen die derzeitigen Modellversuche — übrigens auch im Gegensatz zur Vorstudie, die zur Ausschreibung der Modellversuche im Jahre 1980 durchgeführt worden war²¹⁾ — aus. Die bereits beschriebenen Eigeninteressen der beteiligten Krankenkassen haben wesentlich zu dieser Umorientierung beigetragen. Die sozialwissenschaftliche Forschung auf der Basis von prozeß-produzierten Daten hat allerdings schon früh die Grenzen der Verwendbarkeit von Daten, die zu Abrechnungszwecken oder sonstigen formalisierten Zwecken

²⁰⁾ Dies ist inzwischen herrschende Meinung.

²¹⁾ Jahn, E., Untersuchungen zur Unterrichtung der Versicherten der Sozialen Krankenversicherung über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten nach § 223 RVO, BMA (Hrsg.) Forschungsbericht Nr. 35, Gesundheitsforschung, Bonn, Oktober 1980

erstellt werden, für andere Zwecke deutlich werden lassen. Große Informationssysteme auf der Basis solcher Daten sind immer der Gefahr ausgesetzt, zu Systemen der Desinformation zu werden.²²⁾

4. Die Bemühungen um mehr Kosten- und Leistungstransparenz sind in der Vergangenheit wesentlich durch die beschriebenen Zielverschiebungen, durch die Diskrepanzen zwischen den Zielen des § 223 RVO und den nicht datenschutzkonformen Umsetzungsvorschlägen von Kassenseite behindert worden. Jetzt dem Datenschutz anzulasten, was eigenes Verschulden war, ruft den Verdacht hervor, die Bekenntnisse zum Datenschutz in der Gesetzlichen Krankenversicherung könnten vielleicht doch nur Lippenbekenntnisse sein.²³⁾

Schließlich, und damit will ich mein Referat enden lassen, sollte die von den Datenschutzbeauftragten veranlaßte Besinnungspause bei den Modellversuchen — jetzt wo nur mit anonymisierten Daten gearbeitet werden darf — dazu genutzt werden, um über freiheitliche Wege nachzudenken. Diesem Ziel soll die heutige Veranstaltung dienen. Und deshalb haben wir die Personen, die im deutschen Gesundheitswesen Verantwortung tragen, zur Diskussion dieser Fragen eingeladen.

Vielen Dank.

²²⁾ vgl. hierzu Bick, W., Müller, P. J., Informationssysteme und Informationsverhalten, BMFT-Forschungsbericht ID 79—1, Eggenstein-Leopoldshafen, 1979; dies., Probleme der Nutzung prozeß-produzierter Daten, BMFT-Forschungsbericht ID 82—1, Eggenstein-Leopoldshafen, 1982, sowie Kosanke, B., Transparenzforschung ohne sichere wissenschaftliche Grundlage, in: Deutsches Ärzteblatt, 9. 3. 84, S. 684—688, sowie: Meye, M. R., und Schwartz, F. W., Transparenzprojekte in der GKV, a. a. O.

²³⁾ Dabei muß sicherlich Berücksichtigung finden, daß die Planungen der Modellversuche nach § 223 RVO durch das Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichts und den daraus resultierenden Anforderungen an die „Innenseite des Sozialgeheimnisses“ überrascht worden sind. Diesen Lernprozeß dokumentiert die Berichterstattung durch einen maßgeblich Beteiligten: Affeld, D., Für mehr Leistungs- und Kostentransparenz in der GKV — Hintergrund, Stand und bisherige Erfahrungen mit Modellversuchen zu § 223 RVO, in: KrV, Dezember 1984, S. 284—291, Januar 1985, S. 5—14, Februar 1985, S. 33—39

Podiumsdiskussion und Statements

Dr. Epping: Meine Damen und Herren, ich begrüße Sie zur zweiten Abteilung der heutigen Veranstaltung, zur Diskussion auf diesem Podium über das angesprochene Thema. Ich darf aber zunächst noch eine Bemerkung vorausschicken, die zum Ablauf der Veranstaltung einiges erläutert. Ich kann Sie darüber informieren, daß Sie nicht mitzuschreiben brauchen. Die gesamte Veranstaltung wird aufgezeichnet und einschließlich der Diskussionsbeiträge in Buchform veröffentlicht. Wenn aber jemand kurzfristig — die Presse ist ja schon versorgt — das eine oder andere Referat haben will, dann möge er sich bitte an den Veranstalter wenden, also an das Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung im Hause der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung in Köln.

Und noch einen Hinweis. Bitte bedienen Sie sich ab sofort der Wortmeldekarten, wenn Sie Diskussionsbeiträge anmelden wollen. Ich darf Ihnen versichern, daß die Daten, die hier dokumentiert sind und vorübergehend natürlich nur auf Papier gespeichert sind, absolut dem Datenschutz unterliegen. Prof. Simitis, es ist alles gewährleistet und in Sonderheit der Tatbestand, daß diese Unterlagen unmittelbar nach der Veranstaltung gelöscht und nicht nur anonymisiert werden.

Meine Damen und Herren, wir haben zur Kenntnis genommen, daß die Ansichten über den Datenschutz bei den Modellversuchen nach § 223 RVO und über die Normenklarheit dieses Paragraphen sehr unterschiedlich sind. Das ist — so wissen wir alle — nicht neu. Und wenn ich das alles ein wenig auf die sportliche Schiene heben darf, dann darf ich Ihnen, Herr Fischwasser, versichern, daß Sie

ja heute hier sozusagen auf fremdem Platz gespielt haben, und es nun nicht als eine schamhafte Niederlage betrachten sollten, wenn hier die Ansichten mehr zur anderen Seite hin tendieren, eben zu der der Verwaltung, die mit diesem neuen Paragraphen und den neuen Bestimmungen, die sich daraus ergeben, täglich umgehen muß — zumindest was die erste Phase, nämlich die Erprobungsphase, betrifft.

Wie es dann weitergeht? Herr Simitis, Sie haben gesagt: Das wird die Zukunft weisen; es handelt sich aber vornehmlich um ein Instrument zur Planung. Sie haben nicht gesagt: zur Planwirtschaft. Ich darf das aber für mich so interpretieren, daß es sich hier eher um eine nicht markt-, sondern planwirtschaftliche Initiative handelt, denn als alles andere.

Wir haben vereinbart, daß jeder sein Statement abgeben darf. Selbstverständlich ist es möglich, darauf zu verzichten. Darf ich Sie bitten, Herr Friede, als erster das Wort zu nehmen?

Dr. Friede: Meine Damen und Herren, ich habe hier kein schriftliches Statement vor mir, davon war mir nichts bekannt. Ich gebe mein Statement völlig frei aufgrund dessen, was ich bisher gehört habe, ab. Sie werden sich sicherlich vorstellen können, daß ich bei einem Teil der Ausführungen erheblich andere Meinungen zum Ausdruck bringen werde. Zunächst ist von Herrn Simitis wohl zu Recht herausgestellt worden, daß wir zu unterscheiden haben zwischen dem, was beim normalen Leistungsgeschehen im Rahmen des Sachleistungssystems datenschutzrechtlich zu beachten ist und dem, was er für die Modellversuche bedeutet. Es ist darauf hinzuweisen, daß § 223 nicht der erste Modellversuch ist, den wir in der Krankenversicherung durchführen. Erfreulicherweise haben in der Vergangenheit die Krankenkassen schon einige Modellversuche durchgeführt, die dann dazu führten, daß gesetzgeberische Maßnahmen eingeleitet wurden und dies zum Vorteil der Versicherten.

ch möchte es deutlich sagen: Das, was heute hier zum Ausdruck gekommen ist, darf nicht zu einer — ich sage es betont — Diffamierung von Modellversuchen in der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Ich glaube, daß wir es auch in Zukunft notwendig haben werden, Modellversuche durchzuführen. Ich habe mich in der Sachverständigenkommission für das Sozialgesetzbuch immer dafür eingesetzt, daß im Rahmen der Neuschreibung oder der Änderung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung ein Grundsatzparagraph zur Durchführung von Modellversuchen aufgenommen wird, der natürlich auch die Grenzen aufzeigt. Wir müssen uns deutlich machen, daß bei dem hier angesprochenen Versuch in Stufen, in vier Stufen, etwas modellhaft erprobt werden soll, um dann zu einer Aussage zu kommen, ob es auf dieser Basis — und deshalb ja auch ganz verschiedene Bereiche, die hier angesprochen werden — möglich ist, später etwas allgemein einzuführen. Das ist nach meiner Auffassung bei einigen Ausführungen hier doch nicht ausreichend deutlich geworden.

Ich möchte auch betonen — und ich werde Sie, Herr Müller, hier zu meiner Linken jetzt einige Male attackieren müssen —, daß ich es völlig unberechtigt finde zu sagen, und man könnte das aus Ihren vorsichtig formulierten Ausführungen schließen, Datenschutz sei in der Krankenversicherung oder bei einigen Krankenkassen nur ein Lippenbekenntnis. Ich muß das jedenfalls für meinen Verband ganz streng zurückweisen. Wir haben uns auch im Zusammenhang mit den Modellversuchen, über die wir hier sprechen, ständig darum bemüht, die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen abzusichern. Wir haben sehr früh den Bundesdatenschutzbeauftragten zu uns gebeten und Einsicht gegeben. Das möchte ich hier ganz klar herausstellen.

Ich finde es auch sehr interessant, meine Damen und Herren, daß der Modellversuch nach § 223, um den es hier hauptsächlich geht, von 1977 — wo er eingeführt wurde — bis 1980 eigentlich auf Eis gelegen hat. Man hat also genügend Überlegungen im Laufe der Vorstufe angestellt, um dann zu sehen, wie man im einzelnen vorgehen soll.

Ich persönlich bin der Auffassung, daß die Umsetzung des § 223 ein legitimes Anliegen und auch verfassungsrechtlich unbedenklich ist. Ich bin auch nicht der Auffassung, daß im Sinne der Krankenversicherung der § 223 RVO benutzt werden soll, um — wie Herr Müller gesagt hat — Steuerung, Fremdsteuerung, Zwangsberatung usw. einzuführen. Das ist nicht die Absicht. Ich meine, es wäre hier viel berechtigter herauszustellen, daß wir denjenigen Kassen, die sich zur Verfügung stellen, derartige Modellversuche durchzuführen, für die zusätzliche Arbeit danken, die hier geleistet wird, und nicht den Eindruck entstehen lassen, daß die Kassen alles mögliche auf die Beine stellen wollen, was nicht legitim ist.

Wenn Sie, Herr Müller, hier das Beispiel gebracht haben von der Betriebskrankenkasse Voith, dann muß ich sagen: Ich weiß nicht, von welchem Modellversuch Sie sprechen. Ich halte es auch nicht für gerechtfertigt, etwas von vor ein oder zwei Jahren hier auf den Tisch zu bringen. Sie haben, glaube ich, nicht beobachtet, was in der Zwischenzeit erfolgte. Auch Herr Fischwasser hat ausdrücklich darauf hingewiesen — um noch einmal bei dieser Kasse zu bleiben —, daß wir vor drei Tagen ein ausführliches Schreiben vom Bundesdatenschutzbeauftragten bekommen haben, in dem der Weg in der zweiten Stufe ausdrücklich als legitim angesehen wird. Aber vielleicht sollte ich Ihnen den Rat geben, sich an Ort und Stelle — natürlich unter datenschutzmäßigen Bedingungen — die Dinge näher anzusehen.

Ich habe dann von mir aus — damit möchte ich aber schon zum Schluß kommen — eine Frage, die Herr Simitis noch beantworten könnte, weil sie nach meiner Meinung sehr interessant ist. Sie haben an einer Stelle von alternativen Beschaffungsformen gesprochen und haben hierbei auf den Bereich DEVO-DÜVO hingewiesen. Es wäre für mich interessant zu wissen, ob Sie der Auffassung sind, daß diejenigen, die über die Daten verfügen, nämlich Kassenärztliche Vereinigung, Kassenzahnärztliche Vereinigung, in alternativer Form Daten zur Verfügung stellen sollten. Vielleicht können Sie dazu noch ein Wort sagen.

Ich möchte noch einmal von mir aus betonen, daß wir einen wesentlichen Schritt im positiven Sinne weiter sind als die Befürchtungen, die hier zum Ausdruck gekommen sind. Wir haben alle gelernt. Ich glaube, man sollte in diesem Stadium, wo wir eine ganze Menge anderer Sorgen in der Krankenversicherung haben, der abgesicherten Durchführung dieser von Herrn Fischwasser geschilderten Modellversuche nach § 223 RVO den Fortgang geben. Meine Damen und Herren, wir werden eines Tages sehen, wie das Ergebnis sein wird, und es wird dann die Frage sein, ob sich die Ergebnisse, die wir gewonnen haben, eignen, um die Modelle allgemein einzuführen. Und dabei werden alle die Dinge eine Rolle spielen, die insbesondere Herr Prof. Simitis genannt hat.

Vielen Dank.

Dr. Epping: Ich bedanke mich, Herr Friede. Wir sind schon wesentlich weiter — ich darf Sie zitieren — als die Befürchtungen. Und genau das ist ja die ganze Problematik. Es bleibt ein ungutes Gefühl und nicht so sehr im Hinblick auf die Erkenntnisse, sondern vielmehr in bezug auf das Feeling, und das ist die Frage.

Prof. Dr. Bourmer: Meine sehr verehrten Damen und Herren. Wenn Herr Epping von einem unguuten Gefühl spricht und Herr Friede sagt: Wir sind weiter als Sie denken, dann bezeichnet dies in meinen Augen keineswegs einen Lichtblick.

Zunächst ist vorzuschicken, daß wir Ärzte grundsätzlich nichts gegen Transparenz haben. Ob jedoch Modellversuche zur Klärung der medizinisch erfolgreichsten Behandlungsweise auf dem Weg der Datenauswertung von Krankenscheinen sinnvoll sind, ist jedoch eine Frage, die man besonders abschmecken muß. Was bei solchen Modellversuchen herauskommt, hat sich vor Jahren schon in Lindau gezeigt. Aus Angina pectoris wurde Angina, dazu die Rezeptur Nitrolingual, und schon begann die große Diskussion über die Insuffizienz des Arztes, der eine Angina mit

Nitrolingual behandelt. Dabei zeigt dieses Beispiel nur die sehr vordergründigen Fehlerquellen.

Man muß Herrn Fischwasser dankbar sein, der eingeräumt hat, daß § 223 RVO als Möglichkeit gedacht war, die Kostenentwicklung zu instrumentalisieren. § 223 RVO enthält zwei Teile: Der erste Teil bezieht sich auf einen mehr epidemiologischen Ansatz „Die Krankenkasse kann in geeigneten Fällen“ — kann, wohlgemerkt — „im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhausträgern für den jeweiligen Bereich sowie den Vertrauensärzten die Krankheitsfälle vor allem im Hinblick auf die in Anspruch genommenen Leistungen überprüfen“. Das kann durchaus von epidemiologischem Wert sein. Der zweite Teil bezieht sich auf Individuen:

„Die Krankenkasse kann den Versicherten und den behandelnden Arzt über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten unterrichten.“

Geht man davon aus, daß der Arzt in der Regel weiß, was er gemacht und was er dafür bekommen hat, so ist für ihn die Unterrichtung relativ uninteressant. Bestenfalls ein Ärgernis, wenn er Kürzungen für erbrachte Leistungen hinnehmen muß. Für den Patienten kann die Unterrichtung statt des gewünschten Effektes auch den gegenteiligen Effekt haben, nämlich dann, wenn der Patient rechnet: Ich bin vier Jahre nicht beim Arzt gewesen, meine Behandlung hat DM 183,— gekostet. Dafür bezahle ich pro Jahr DM 3800,—. Es wird Zeit, daß ich dafür — wenigstens partiell — etwas zurückbekomme. Statt zu sparen wird möglicherweise das Gegenteil induziert.

Vor fünf bis zehn Jahren hat die AOK in Köln einen solchen Versuch bereits gemacht. Er wurde bald wieder eingestellt. Zum einen war die Bevölkerung desinteressiert, zum anderen bekam die AOK Anrufe von Versicherten, die Rechnungen nach dem oben beschriebenen Beispiel aufmachten.

Wir sind nicht grundsätzlich gegen Transparenzversuche. Wir haben nichts zu verbergen. Aber wie die derzeit laufenden Modellversuche angelegt waren, vor Einschaltung der Kassenärztlichen Vereinigung, sozusagen „vor Null“, hat

den Eindruck erweckt, als wolle dieses modellhafte Erproben weniger eine Orientierungshilfe für alle Beteiligten darstellen als vielmehr die Möglichkeit, ein Disziplinierungs- und Rationierungsinstrument mit höchst zweifelhaftem Erfolg zu entwickeln.

Natürlich sind dabei auch Fehler aufgefallen — Gott sei Dank, möchte man sagen — und Kollegen sind nach entsprechender Überprüfung der kompensatorischen Jurisdiktion zugeführt worden. Es hat sich aber auch herausgestellt, daß von 100 verdächtigten Ärzten bestenfalls 10 tatsächlich falsch abgerechnet haben. Bei den übrigen ging es um Dinge, die sich erst bei näherem Hinsehen erklärten, z. B. daß am Entlassungstag aus dem Krankenhaus eine Beratung abgerechnet wurde. Was bleibt dem Arzt anderes übrig, als einen Patienten, der vormittags entlassen wird und nachmittags in die Sprechstunde kommt, entsprechend anzuhören und zu beraten. In der Presse hat dies jedoch zur Folge, daß wie folgt interpretiert wird: Der Patient war im Krankenhaus, der Hausarzt rechnet dennoch etwas ab.

Wir halten es für gefährlich, wenn aus einem Orientierungsinstrumentarium ein Disziplinierungsinstrumentarium gemacht wird. Nichts ist gefährlicher als Wissenschaftler — oder solche, die es sein wollen —, denen ihre Tätigkeit mehr bedeutet als der Schutz des Individuums. Wir sind Herrn Simitis außerordentlich dankbar, daß er in seinen Ausführungen darauf hinweist, daß die Anonymisierung eine Grundvoraussetzung von Datensammlungen ist. Und wenn die Krankenkassen zum Teil schon weiter sind als wir glauben, dann allerdings habe ich etwas dagegen, wenn die Datenbestände der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen noch zur Komplettierung hinzugefügt werden. Man stelle sich die Verbindung vor: Eine Personenkennziffer, wie sie in Schweden bereits besteht, wie sie auch die Bundeswehr hat, dazu die Steuernummer, den Strafregisterauszug und den Gesundheitsstatus, dann sind wir da, wo Orwell uns 1984 gesehen hat und wo wir Gott sei Dank noch nicht sind. Der Weg aber ist vor-

gezeichnet, und die technischen Möglichkeiten sind vorhanden.

Epidemiologische Daten, die allen dienen, müssen in anonymisierter Form verfügbar gemacht werden. Die Individual-sphäre muß hier unter einem absoluten Schutz stehen. Die individuelle Behandlung läßt sich nicht durch die Auswertung von Diagnoseangaben auf Krankenscheinen optimieren. Da Computer geknackt werden können — in den Vereinigten Staaten wurde sogar der Computer des Verteidigungsministeriums angezapft —, sollten ohnehin die Möglichkeiten zum Mißbrauch erst gar nicht geschaffen werden.

Dr. Epping: Ich bedanke mich, Herr Bourmer. Sie haben mir ein Stichwort gegeben: Was kommt bei den Modellversuchen heraus? Ich werde es gerne aufgreifen bei der Fortführung der Diskussion, allerdings in einer kleinen Abwandlung: Was ist bei den bisherigen abgeschlossenen oder zum Teil abgeschlossenen Modellversuchen herausgekommen, und welche Erfahrungen nehmen wir mit nach Hause? Ich hoffe, daß wir dann ein bißchen mehr von der Theorie in die reine Praxis hineinkommen, die scheint mir etwas griffiger zu sein.

Ich rufe als nächsten Referenten Herrn Müller vom VdAK auf.

Müller (VdAK): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, ich kann mich weitgehend den Ausführungen meines Kollegen Dr. Friede anschließen. Nur soviel vielleicht:

Solange ich bei diesem Geschäft bin — und das sind jetzt 22 Jahre —, wird von politischer Seite in fast regelmäßigen Zeitabständen die Forderung nach mehr Transparenz im System der gesetzlichen Krankenversicherung erhoben. Welche Vorstellungen man mit dieser Forderung verbindet und verbunden hat, war in hohem Maße unterschiedlich. Daß sie heute in sehr engem Zusammenhang mit der Forderung nach Kostendämpfung, Kostenstabilität erhoben wird, läßt natürlich schon vermuten, in welche Richtung diese politischen Vorstellungen heute gehen.

Einige Krankenkassen — z. B. am Bodensee — haben Modelle praktiziert, die sich als absolute Pleite herausstellten und dann auch im Sande verlaufen sind. 1977 hat man den § 223 RVO geschaffen, und nun unternehmen wir erneut Transparenzversuche, jetzt unter der jeweiligen Begleitung der zuständigen Datenschutzbeauftragten. Vorstellungen, die ursprünglich mit diesen Modellversuchen nicht nur vielleicht, sondern bestimmt von verschiedenen Seiten verbunden waren, sind zum Teil von den Datenschutzbeauftragten abgeblockt worden. Was jetzt läuft, läuft mit Zustimmung der Datenschutzbeauftragten — zumindest in der ersten Phase. In der zweiten Phase wird man dann wieder darüber reden müssen, inwieweit überhaupt oder noch datenschutzrechtliche Bedenken zu erheben sind.

Und man wird politisch entscheiden müssen, wenn man das Ergebnis auf dem Tisch hat. Deshalb sollte man m. E. diese Modellversuche nun nicht sofort mit politischen Verdächtigungen begleiten, sondern man sollte sie doch mal so datenschutzrechtlich abgesichert laufen lassen. Und dann wollen wir mal sehen, was dabei herauskommt.

Vermutlich wird bei der jetzigen Form der Modellversuche nicht das herauskommen, was gewissen politischen Erwartungen entspricht und was einige „Leistungserbringer“ vielleicht befürchten müßten. Es könnte sich herausstellen, daß wir das Honorierungssystem in dieser Form nicht erhalten können ohne eine gewisse Verstärkung der Transparenz. Dann wird man sich vermutlich Gedanken darüber zu machen haben, wie dieses System langfristig, zukunftsbezogen aussehen kann, aussehen soll, aussehen muß, und wie man diese Zukunftsvorstellung verwirklichen kann, ohne daß der Datenschutz der Versicherten mehr als verwaltungstechnisch einfach erforderlich beeinträchtigt wird. Diese Überlegungen haben wir natürlich dann anzustellen, wenn die Ergebnisse der Modellversuche für die politischen Anreger unbefriedigend bleiben.

Dr. Epping: Ich bedanke mich für Ihr Statement, Herr Müller, und rufe Herrn Dr. Tiemann auf.

Dr. Tiemann: Meine Damen und Herren. Der Jurist kennt das bekannte Wort: Das Gesetz ist klüger als der Gesetzgeber. Will sagen, daß eigentlich auch die dümmste gesetzgeberische Absicht durch kluge Exegeten, durch kluge Auslegung, durch Rechtsprechung und sonstige kluge Leute noch so hingebogen werden kann, daß man damit arbeiten kann. In diesem Fall kann man natürlich fragen, wie war das beim § 223? War der Gesetzgeber dumm, und ist das Gesetz gut, oder war es umgekehrt? Denn in der Tat ist der § 223 kein Meisterstück der Gesetzgebungstechnik. Darum haben wir ja die Schwierigkeiten mit ihm. Er ist in seiner Allgemeinheit — kann in geeigneten Fällen im Hinblick auf in Anspruch genommene Leistungen überprüfen — schon sehr schwer konkretisierungsfähig und allenfalls, und das hat Herr Fischwasser ja auch hervorgehoben — da muß man sich aber schon viel Mühe geben — verfassungskonformer Auslegung fähig und bedürftig.

Konkret stellt sich hier die Frage: Bei dieser allgemeinen Orientierung, die das Gesetz zum Ausdruck bringt — etwa im Sinne der Zweckbindung, die das Bundesverfassungsgericht in seiner Volkszählungsentscheidung als wesentliche Voraussetzung aufgestellt hat — welche Zweckbindung liegt denn hier zugrunde, mit welchem Erkenntnisinteresse soll denn hier geprüft und unterrichtet werden? Im Vorschlag der BKK Voith an die KZV Stuttgart sind diese Vorstellungen wieder zum Ausdruck gekommen. Insoweit ist das nicht überholt, Herr Friede, das ist uns ganz aktuell vor drei Monaten zugestellt worden. Ich lege es Ihnen gern vor. Das ist leider die Tatsache. Diese Fehlvorstellungen, die Sie zu Recht hier selbst als solche gekennzeichnet haben, wirken immer noch nach in diesem Schreiben, so daß das durchaus noch aktuell ist. Da fragt man sich doch: Welches Erkenntnisinteresse steht dahinter? Soweit die Wirtschaftlichkeitskontrolle in Frage steht, sind wir uns einig: Das fällt in die gemeinsame Selbstverwaltung, § 368 n Abs. 5. Dafür haben wir Parität in den Prüfungsausschüssen. Das ist doch unser täglich Brot, das müssen wir gemeinsam machen, das kann nicht die Krankenversicherung al-

lein tun. Soweit es um Fragen geht, die jetzt so aktuell in der Diskussion sind — Qualitäts- oder Effizienzkontrolle —, bin ich der Meinung, das ist in erster Linie einmal Sache derjenigen, die die Sicherstellung übernommen haben und die auch Ihnen gegenüber die Gewährleistungsverpflichtung haben, nämlich der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Wir müssen uns darum kümmern, daß unsere Ärzte und Zahnärzte die Leistungen ordentlich erbringen.

Daß Sie ein Interesse daran haben, daß Sie nicht nur bezahlen und da irgendwas gemacht wird, ist natürlich legitim. Und es war ja, wenn Sie sich die Gesetzesmaterialien anschauen, auch eigentlich der Hintergrund für den § 223, daß damit angeblich Kostentransparenz erzielt und das Leistungsgeschehen daraufhin abgeklopft werden sollte, wie die Leistungen abgewickelt werden. Dazu brauchen Sie aber keine personenbezogenen Daten, sondern das geht in Richtung der ganz unproblematischen Erkenntnisinteressen, wie sie auch bei Forschungsvorhaben anerkanntermaßen datenschutzrechtlich zulässig sind.

Im übrigen können wir das von zahnärztlicher Seite relativ leidenschaftslos sehen. Wir haben im wichtigsten und kostenträchtigsten Leistungsbereich, in der prothetischen Versorgung, in dem vor der Behandlung dem Versicherten ausgehändigten und der Krankenkasse vorgelegten Heil- und Kostenplan einen genauen Überblick über die einzelnen zu erbringenden Leistungen, die ja dann von ihnen, nämlich von den Krankenkassen, vorher zu genehmigen sind. Wir haben also Transparenz. Wir können diese Frage unter dem Transparenzaspekt ganz pragmatisch sehen. Wir meinen nur, daß man dieses Gesetz in dem von mir angesprochenen Sinne verfassungskonform praktizieren muß. Und wenn man es verfassungskonform praktizieren will, dann haben solche Zielvorstellungen, wie sie einige Ihrer Betriebskrankenkassen zum Ausdruck gebracht haben, keinen Raum im Rahmen des § 223. Vielen Dank.

Dr. Epping: Ich bedanke mich, Herr Dr. Tiemann, und komme zu der Gruppe der Politiker. Besteht Interesse? Herr Götzer.

Götzer, MdB-CSU: Zunächst darf ich noch einmal darauf hinweisen, daß ich in Vertretung für Herrn Dr. Falthäuser hier bei Ihnen bin, der heute wegen der Abschlußberatungen des neuen Krankenhausfinanzierungsgesetzes gefordert ist, weil er hier einer der wichtigsten Verhandlungspartner von unserer Seite ist.

Ich habe mich in der Position natürlich mit ihm abgestimmt, da gibt es auf diesem gesundheitspolitischen Kurs der CSU keine Probleme. Ich möchte Ihnen dazu unter dem heutigen Thema einige Worte sagen.

Unser Gesundheitssystem ist in den letzten Jahren durch staatliche und soziale Normierungen Schritt für Schritt immer stärker reglementiert worden. Nun besteht der Eindruck, daß die Ergebnisse der Modellversuche zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz weitere Schritte in Richtung auf Reglementierung sein könnten. Ich halte dies, vorab gesagt, für eine fatale Konsequenz. Was wir brauchen, ist nicht mehr staatliche Administration, nicht mehr Eingriffe, mehr Bürokratie, sondern mehr Freiheit. Und zwar eine Freiheit, die den steuernden Marktkräften neue Chancen gibt. Die CSU hat dies vor einigen Monaten bereits massiv untermauert, eben mit der Forderung unseres gesundheitspolitischen Sprechers, Dr. Kurt Falthäuser, und ich möchte auch dazu heute Stellung nehmen.

Die Modellversuche, die angestellt werden, sind sehr vielfältig, und man muß sie deswegen sicherlich jeweils für sich behandeln und unterscheiden. Ohne Differenzierung in dieser Transparenzdiskussion kommt man keinen Schritt weiter. Was allerdings vielfach unter dem Begriff Transparenzmodell diskutiert wird, ist nichts anderes — aus meiner Sicht — als eine Abrechnungskontrolle. Ich halte wenig davon, wenn den Patienten die Abrechnung eines Quartals — also viele Monate nach der Durchführung und abgeschlossenen kassenärztlichen oder kassenzahnärztlichen Be-

handlung — eine Kopie der Krankenscheinrückseite zugeschickt wird, auf der der Arzt die Leistungen verrechnet hat. Der Patient wird zwar dann sehen, was der Arzt im einzelnen an Honorar verlangt hat; gleichzeitig soll er aber kontrollieren, ob dies tatsächlich mit der vorgenommenen Behandlung übereinstimmt. Von dieser Art der Abrechnungskontrolle — mit eingebautem Mißbrauchsvorbehalt, möchte ich mal sagen — halte ich gar nichts. Wir produzieren dabei Kosten, und zwar nicht unerhebliche, an zusätzlichem Verwaltungsaufwand, wir pflegen Bürokratie in den Krankenkassenverwaltungsgebäuden — ich sage jetzt nicht Firmen — und müssen schließlich jedem vermeintlichen Abrechnungsfehler bis ins letzte nachgehen. Transparenz schaffen wir dadurch nicht. Und ökonomische Mittelverwendung garantieren wir dadurch ganz bestimmt ebenfalls nicht.

Ein anderes Modell — ein Mißtrauensmodell aus der Hand der SPD — ist gleichfalls kein Beitrag zur Verbesserung der Leistungstransparenz. Ich meine die Absicht der SPD-Bundestagsfraktion, jede einzelne Leistung, die der Arzt am Patienten erbracht hat und abgerechnet hat, als erbracht vom Patienten quittieren zu lassen. Auch hier wuchert ideologische Praxis durch und riecht es nach politischer Ideologie und Bürokratielust. Was geschieht denn z. B. mit Leistungen, die in einem Notfall erbracht werden müssen oder die erst erbracht werden, wenn der Patient die Sprechstunde schon längst verlassen hat?

Ebenfalls halte ich wenig von Transparenzmodellen, wie sie bestimmte Kassen verwirklicht haben. Während heute bei den Kassen bekanntermaßen für die Versicherten Beitragskonten geführt werden und andererseits die Versicherungsleistungen allein den verschiedenen Leistungserbringern aufgerechnet werden, ist es unter Datenschutzgesichtspunkten bedenklich, jede Kassenleistung dem einzelnen Versicherten zuzuordnen. Und genau dies haben die Modelle ja im Kern im Sinn.

So wurden beim Dortmunder Modell zunächst nur Kosten erfaßt, während Diagnosen und Therapien nicht gespei-

chert wurden. Wenn man dagegen nach Baden-Württemberg blickt, zum Heilbronner Versuch, sehe ich dort einen Versuch, das bislang anonyme Leistungs- und Kostengeschehen fallbezogen zu analysieren. Hier stellt sich die Datenschutzfrage mit Sicherheit mit besonderer Deutlichkeit. Vor diesem dargestellten Hintergrund halte ich ebenfalls sehr wenig von den Vorschlägen des DGB und seiner Abteilung Sozialpolitik, nämlich bei den Modellversuchen den Datenabgleich zur Erstellung von Versichertenprofilen einzuführen. Diese Versichertenprofile schaffen nichts anderes als eine Patientenkarriere und führen im Ergebnis eben zum „gläsernen Patienten“. Wir haben die Diskussion zwar nun — das kann ich als Betroffener hier für die Politiker sagen — auch in einem anderen Bereich, wo der „gläserne Abgeordnete“ gefordert wird. Aber so wie ich mich in dem Bereich entschieden gegen die derzeit geäußerten Vorstellungen einsetze, tue ich es auch, wenn es um einen sogenannten „gläsernen“ Patienten geht.

Meine Damen und Herren, trotz dieser deutlichen Kritik an einem ganzen Katalog von vermeintlichen Transparenzvorschlägen möchte ich meine Meinung nicht verhehlen, daß die Transparenz nicht auf der Strecke bleiben darf. Unser Gesundheitssystem ist in der Tat in großen Teilen undurchschaubar geworden. Diese Undurchschaubarkeit hat zu einer Erlahmung der Eigenverantwortung geführt. Wenn wir mehr Selbstverantwortung im marktwirtschaftlichen Sinne wollen, dann müssen wir mehr Transparenz wollen und diese Durchschaubarkeit auch Schritt für Schritt einführen. Hier für die Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt speziell einzutreten, hieße wohl, Eulen nach Athen zu tragen.

Ich bin der Meinung, die unstrittigen Elemente in den Verhandlungen von BPI und GKV sollten schleunigst umgesetzt werden im Sinne der Verbesserung der Transparenz.

Was gerade beim Patienten, beim Versicherten zählt, ist in fast allen Bereichen des Gesundheitswesens die Kostentransparenz. Die Betonung muß bei den Kosten liegen. Die Kostentransparenz erreichen wir nicht durch eine Monate später eintreffende Mitteilung der Krankenkassen, sondern

— aus unserer Sicht — durch eine Direktbeteiligung der Patienten. Wir haben die Selbstverantwortung durch Direktbeteiligung zu stärken, und zwar durch eine echte Direktbeteiligung, und dadurch schaffen wir auch Transparenz. Direktbeteiligung des Versicherten schafft Kostentransparenz und ermöglicht damit marktwirtschaftliche Steuerung. Wenn — wie gegenwärtig — sich die Preise im Gesundheitswesen beinahe wie in einem dunklen Untertagebau bilden, dann kann es keinen funktionierenden Preiswettbewerb geben.

Wer die Kosten kennt, ohne sich aber an den Kosten beteiligen zu müssen, der wird sich ebenfalls nicht zwangsläufig anders im Sinne von Kostensparen verhalten. Im Gegenteil. Gesundheitsökonomien und auch Praktiker der Krankenkassen befürchten, daß nach Aufdeckung der sogenannten Umlagenrationalität es für den einzelnen Versicherten durchaus — ich möchte jetzt nicht sagen sinnvoll — reizvoll ist, noch einmal zusätzlich zuzulangen: wie es vorher schon angesprochen worden ist, nach dem Motto, ich habe schon 400,— DM in diesem Monat bezahlt, aber erst für 180,— DM hineingegriffen und mir entsprechende Leistungen herausgeholt. Jetzt werde ich auch noch die Differenz zu einer Deckung bringen.

Ich möchte deswegen mit dem Satz schließen, der für uns, für die CSU, gesundheitspolitisch der zentrale ist: Eine vermehrte ineffiziente Leistungsanspruchnahme verhindern wir nur durch eine direkte Kostenbeteiligung.

Ich bedanke mich.

Dr. Epping: Ich bedanke mich bei Ihnen, Herr Götzer. Mehr Freiheit der Marktkräfte haben Sie gefordert, wir suchen sie, glaube ich, alle mit der Lupe, mit einer sehr großen; und sie kann so groß sein wie sie will, wir finden die Marktkräfte nicht, weil ein Markt hier nicht stattfindet. Aus diesem Grunde haben Sie wahrscheinlich postuliert, man müsse das System ein wenig ändern und vornehmlich auf die Kostentransparenz abstellen. Aber wenn wir es ändern, möglichst auch noch in das System der Kostenerstattung

hinein, dann glaube ich, ist der Datenschutz nicht mehr zu diskutieren. Auch das sollte man bei dieser Diskussion ein wenig im Auge behalten.

Ich darf nun Herrn Eimer bitten. Ich darf Ihnen in diesem Zusammenhang sagen, daß Herr Jaunich von der SPD sich entschuldigen läßt. Er ist krank geworden.

Eimer, MdB-FDP: Meine Damen und Herren, ich bin in Vertretung für Frau Adam-Schwaetzer hier. Sie wäre sicher der kompetentere Gesprächspartner. Aber sie ist ebenfalls wegen der Ausschusssitzung verhindert.

Wir halten die Modellversuche, die hier vorgenommen werden, auch für notwendig, denn nur über diese Modellversuche kann man auch Informationen bekommen. Ich muß gestehen, daß das, was die Modellversuche bisher erbracht haben, noch zu gering ist.

Eines dürfen wir bei der Diskussion allerdings nicht vergessen, nämlich die Ursache für dieses Gespräch hier: Wir müssen feststellen, daß uns die Kosten davonlaufen, wir müssen die Kosten senken. Wir können sonst dieses Gesundheitssystem nicht erhalten. Und diese Kostensenkung muß im Mittelpunkt der Überlegungen stehen.

Eine Kostentransparenz kann nur unter ganz bestimmten Umständen dazu beitragen; ich werde später noch dazu kommen.

Personenbezogene Daten können — und das wurde bei den Vorträgen ja schon angedeutet — zu einer Fremdsteuerung führen, zu einem moralischen Druck auf den Patienten, den wir ablehnen. Das entspricht nicht unseren Freiheitsvorstellungen. Die Freiheit würde durch einen derartigen Druck mit Sicherheit beeinträchtigt. Aber die Freiheit des Patienten bedeutet natürlich — und das ist bisher in der Vergangenheit zu kurz gekommen — auch Verantwortung für diese Kosten. Und diese Verantwortung meinen wir nicht abstrakt, sondern sehr konkret, nämlich durch Selbstbeteiligung. Hier decken sich die Vorstellungen mit meinem Vorredner. Selbstbeteiligung heißt aber nicht, daß wir damit vorhaben, Kosten zu verlagern von der

Krankenkasse hin teilweise zu den Patienten, sondern Kostenbeteiligung muß ein Steuerungsinstrument sein, sonst wirkt es nicht, sonst bringt es nichts.

Die Kostentransparenz ohne diese Selbstbeteiligung kann in der Tat den gegenteiligen Effekt haben. Mir wurde gesagt, daß in der Schweiz auch Versuche durchgeführt wurden, die durch eine bloße Kostentransparenz das Gegenteil erreicht haben, nämlich eine Steigerung der Kosten. Kostentransparenz muß also verbunden sein mit einer Selbstbeteiligung.

Diese Selbstbeteiligung bringt natürlich auch — das müssen sich gerade Ärzte vor Augen halten — eine gewisse Kontrolle der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen. Wir sind der Meinung, daß, wenn die Kontrollen notwendig sind, sie mit patientenanonymen Daten vorgenommen werden müssen. Wir sind gegen einen „gläsernen“ Patienten. Wir glauben nicht, daß man damit die Freiheit für die Patienten erhalten kann, die in einem freiheitlichen System notwendig ist. Noch einmal: Kostenkontrolle und Kostendämpfung kann man unserer Meinung nach nicht so sehr durch entsprechende Datenaufbereitung erreichen, sondern in erster Linie durch eine vernünftige Selbstbeteiligung.

Dr. Epping: Ich bedanke mich auch bei Ihnen. Die Fairneß gebietet es, daß ich den Angesprochenen hier das Wort zur Erwidern gebe. Prof. Simitis, Sie sind angesprochen worden von Herrn Friede, und ich glaube, gleichermaßen Sie, Herr Müller. Wenn Sie vielleicht gleich erwidern wollen.

Prof. Simitis: Gerne. Ich will in der Tat einige der Punkte aufgreifen, die hier vorgebracht worden sind. Ich will versuchen, auch zugleich etwas klarzustellen.

Ich glaube, man muß bei dieser Diskussion — jedenfalls soweit ich involviert bin, genauer gesagt: der Datenschutz — zwei Ebenen unterscheiden. Die eine Ebene ist die der generellen gesundheitspolitischen Vorstellungen und der damit verbundenen Systeme. Dies ist nicht die Ebene des Datenschutzes.

Datenschutz hat nicht die Aufgabe, als Argument oder Instrument zu dienen, bestimmte gesundheitspolitische Vorstellungen durchzusetzen, ganz gleich, um welche es sich dabei handeln mag.

Die Ebene des Datenschutzes ist die des Umganges — sozusagen innerhalb eines bestimmten Gesundheits- bzw. Sozialversicherungssystems — mit den Versichertendaten. Ich würde hier die These aufstellen, daß, ganz gleich für welches gesundheitspolitische System man sich auch immer entscheidet, ein Argument in jeder Diskussion eine Rolle spielen wird, nämlich die Kostendämpfung. Die Auseinandersetzung mit den Kosten ist kein Problem eines einzelnen, sondern betrifft jedes gesundheitspolitische System.

In dem Maße, in dem die Kostenfrage an sozialpolitischer Bedeutung zunimmt, nimmt zugleich auch der politische Druck auf die datenspeichernden Stellen zu, die gesundheitlichen Daten zu nutzen, um bestimmte Erkenntnisse im Hinblick auf Ausgaben senkung zu ermöglichen.

Herr Friede sagt ganz mit Recht: Das ist nichts Neues. Ähnliches hat man vielleicht auch in der Vergangenheit gemacht. Das will ich gar nicht abstreiten. Was neu ist, und darum die ganze Diskussion, ist der normative Rahmen, innerhalb dessen diese ganzen Überlegungen stattfinden. Mit normativem Rahmen meine ich, daß die Notwendigkeit, die informationelle Selbstbestimmung des einzelnen — oder anders ausgedrückt: den Datenschutz — zu bedenken, spätestens seit der Verabschiedung der Datenschutzgesetze sichtbar geworden ist und begonnen hat, sich durchzusetzen in der Anwendung dieser Datenschutzgesetze.

Die Konsequenz — und das macht die Diskussion hier und anderswo so schwierig — ist aber nicht die, daß irgendwer, der sich auf den Datenschutz beruft, den, der Daten verarbeitet, gleichsam schief anguckt und als potentiellen Rechtsbrecher etikettiert. Sondern (das gilt genauso für die Gesetzliche Krankenversicherung wie für die Kreditwirtschaft wie für die Sicherheitsbehörden) die Konsequenz ist lediglich die, daß der Datenschutz dazu zwingt, bisher für

selbstverständlich hingenommene Verhaltensweisen zu überprüfen: Wenn man bisher vielleicht durchaus meinen konnte, man dürfe die Daten in einem bestimmten Zusammenhang benutzen, ist dies durch den Datenschutz in Frage gestellt. Wir brauchen also eine andere Mentalität, einen anderen Umgang mit den Daten.

Ich bin der Meinung, daß in jedem gesundheitspolitischen System, wenn die Kostendämpfung ein Problem darstellt — und sie wird es darstellen —, Reflexionen darüber, was eigentlich geschehen muß, nicht ausbleiben können. Und daß es dann selbstverständlich so ist, daß man zu diesen Reflexionen auch Informationen braucht. Und daß es selbstverständlich weiter so ist, daß zu dem Informationsmaterial auch die Versichertendaten gehören. Das heißt, daß der ganze Streit — um es präzise zu sagen — ein Streit um die Modalitäten der Datenverarbeitung ist. Wenn es ein Streit um die Modalitäten ist, dann heißt dies, daß man abstrakt bestimmte Grundsätze aufstellen kann, daß man aber konkret anhand einzelner Versuche diskutieren muß. Und abstrakt gibt es zwei Grundsätze, die für mich eine große Rolle spielen. Der erste Grundsatz: Wenn hier überhaupt Forschung durchgeführt werden soll — aus den Gründen, die näher zu besprechen und zu definieren wären —, dann prinzipiell nur mit anonymisierten Daten. Der zweite Grundsatz: Wenn Forschung mit personenbezogenen Daten der Versicherten erfolgen soll, dann nur in dem denkbaren Mindestumfang. Der Rückgriff auf personenbezogene Daten muß, wo er erforderlich ist, auf das Minimum beschränkt werden.

Jetzt komme ich zu der Frage von Herrn Friede: Es muß sichergestellt werden, daß an den einzelnen Stellen im Rahmen der Datenverarbeitung für Zwecke der Kostendämpfung nicht wieder neue riesige Datenbanken entstehen, in denen mit der Verarbeitung von Versichertendaten gleichsam von Anfang an begonnen wird. Allerdings wäre ich im Zusammenhang mit den Modellversuchen bereit, darüber nachzudenken, wie und woher man jeweils Daten nimmt, streng zweckgebunden, für eine bestimmte Zeit, für diese

bestimmte Aufgabe, ohne gleichzeitig von Anfang an wieder alle Versichertendaten zu verarbeiten. Nachzudenken ist darüber, wo die Daten anfallen, die relevant sind für solche Modellversuche, und sie dann dort jeweils abzurufen um sie in den Modellversuchen — unter den Kautelen, die zu besprechen wären und die besprochen worden sind — zu verarbeiten. Man kann nicht einerseits sagen, der Versicherte begibt sich in einen Verband und muß alle möglichen Informationsansprüche über sich ergehen lassen, andererseits hinterher wieder alles „splitten“, und sagen: Nein, man kann nur selektiv zugreifen. Da die Verbindungen herzustellen, Verarbeitung zu minimieren, darüber gilt es nachzudenken, und da kann eine ganze Menge getan werden.

Die letzte Bemerkung: Wenn dies Forschung sein sollte dann ist die Frage zu stellen, ob nicht hier die Grundbedingungen zu bedenken sind, die für die Datenverarbeitung zu Forschungszwecken auch sonst zur Diskussion gestellt worden sind. Die wichtigste dieser Bedingungen ist auch vom Bundesverfassungsgericht in einem anderen Zusammenhang genannt worden: die strenge, funktionale Trennung bzw. Zweckbindung. Das heißt, daß dann, wenn die Daten für die Forschung zur Verfügung gestellt werden, sie ausschließlich und nur für die Forschung zu benutzen sind. Die Benutzung der gleichen Daten für Verwaltungszwecke für Entscheidungen über den einzelnen, ist unzulässig. Das sicherzustellen ist eine Aufgabe, die schwierig ist und über die zu diskutieren wäre; sie zu bewältigen, gibt es mehrere Möglichkeiten.

Dr. Epping: Ich bedanke mich bei Ihnen. Es stellt sich die Frage, ob man hier überhaupt noch von Forschung sprechen kann.

Müller (FZV): Sie können verstehen, daß ich aus der Perspektive des FZV in der Tat die funktionelle Trennung der Datenverarbeitung für Forschungszwecke, die wir in Deutschland seit gut 10 Jahren als wirklich verbindliches Prinzip der Datenverarbeitung für Forschungszwecke ge-

fordert haben, auch gutheiße. Eine für mich interessante Äußerung, Herr Dr. Friede, war, daß Sie etwas machen, entwickeln wollen, mehrstufig, was dann allgemein eingeführt werden soll. Und gerade deshalb kommt es jetzt auf die Diskussion an, ob wir hier den richtigen Weg eingeschlagen haben. Denn der Weg, den Sie jetzt einschlagen wollen, ist der falsche Weg. Er führt unausweichlich in den entscheidenden Phasen, wozu die Datenschutzbeauftragten ja noch gar nichts gesagt haben, sondern sich ihre Prüfung vorbehalten haben, zu einer Totalerfassung und zu den befürchteten Kontrollmechanismen. Sie können eben nicht auswählend speichern, um ungewisse Ereignisse in der Zukunft abzubilden. Da müssen Sie alles speichern. Man weiß vorher nicht, welche Füllung in der Zukunft wiederholt werden muß. Und das liegt an der Logik Ihres Vorschlags. Und deshalb kam es mir natürlich entscheidend darauf an, die Suche nach Alternativen zu fördern. Ich kenne die Diskussionen um Datenschutz in der Forschung seit über 10 Jahren. Wir — die Forschung — sind des öfteren aufgefordert worden, weniger datenintensive Wege einzuschlagen, und deshalb kam sowohl der Vorschlag von den Politikern, über Marktsteuerungsinstrumente, die dann keine Datenspeicherungen implizieren würden, als auch über Forschungsalternativen mit dem gleichen Ziel, nachzudenken. Es kann nicht angehen, daß unter dem Etikett Forschung etwas betrieben werden soll, das zu personenbezogenen Totalerfassungen ohne gesetzliche Grundlage führen würde. Dies verschlechtert nur die zukünftigen datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen der Forschung allgemein. Wenn Sie jedoch Verwaltungserprobung durchführen wollen, dann berufen Sie sich bitte nicht auf Forschungsprivilegien, sondern auf klare, eindeutige gesetzliche Normen, die allerdings insoweit fehlen. Dieses Interesse der Forschung empfinde ich dann auch unterstützend für die Belange des Datenschutzes.

Fischwasser: Ich würde auch ganz gerne ein paar klarstellende Bemerkungen machen.

Die erste ist die: Es ist hier viel von Modellversuchen gesprochen worden. Ich habe deutlich gemacht, daß die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung geförderten Modellversuche zu den Realisierungsmöglichkeiten des § 223 RVO einmal auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen und zweitens datenschutzrechtlich abgesichert sind. Was gerade von Herrn Müller vorgetragen worden ist, mag zum Teil in irgendwelchen anderen Bereichen so, wie er es kritisiert hat, gelaufen sein; es mag auch sein, daß Ursprungsvorstellungen hier oder dort eine Basis für eine solche Kritik gegeben haben. Aber das ist Vergangenheit hinsichtlich der Forschungsvorhaben, die der Bundesarbeitsminister fördert.

Wobei ich gleich auch eines deutlich machen möchte: Herr Simitis, es geht nicht um Forschung im Sinne von wissenschaftlicher Forschung, sondern es geht einfach darum, die Anwendungsmöglichkeiten der gesetzlichen Vorschrift unter den Gesichtspunkten der Wirkungsmöglichkeiten, der Kostenaufwendungen und der datenschutzrechtlichen Absicherung zu erproben. Es ist also eine Verwaltungsumsetzung. Wobei die erste Phase noch wenig mit der Verwaltungsumsetzung zu tun hat. Dort geht es erst einmal darum festzustellen, welches die geeigneten Fälle sein können.

In der zweiten Phase, die teilweise schon angefangen hat, weiß man, wo die geeigneten Fälle liegen und versucht sie nun aus dem Datenbestand herauszufiltern. Und die dritte Phase wird dann der praktischen Umsetzung und Anwendung dienen. Ich habe deutlich gemacht, daß auch hier wieder — wie bei den früheren Phasen — der Datenschutz durch die Datenschutzbeauftragten überprüft wird.

Ich möchte noch ein weiteres richtigstellen: Es geht bei dem § 223 RVO in keinsten Weise um eine Reglementierung oder etwa darum, daß die Versicherten zu etwas gezwungen werden. Sondern es geht darum, daß erstens die Krankenkassen überprüft und zweitens, daß sie unterrichtet werden. Wenn jemand eine Mitteilung bekommt und wirft sie in den Papierkorb, so ist das seine Sache. Er wird nicht zu einer bestimmten Verhaltensweise gezwungen.

Herr Simitis hat es deutlich gemacht: Datenschutz ist kein Mittel zur Systemdiskussion in der Gesetzlichen Krankenversicherung. So habe ich mein Referat auch nicht aufgefaßt. Ich möchte aber feststellen, Herr Müller, daß man nicht mit dem § 223 RVO oder mit sonstigen Modellversuchen in der Gesetzlichen Krankenversicherung Systeme der Direktabrechnung, der Kostenbeteiligung und ähnliche Dinge erproben kann. Das geht nicht, denn das ist nicht zulässig. Das sind Fragen der politischen Wertung, so wie es die Bundestagsabgeordneten, Herr Eimer und auch der Vertreter von Herrn Falthäuser getan haben.

Will man etwas Neues erproben, muß man erst Gesetze ändern, so wie es in der Verfassung vorgeschrieben ist. Man kann aber nicht Systemveränderungen mit den Mitteln, die heute gesetzlich vorgesehen sind, vornehmen.

Herr Simitis, Sie hatten gesagt: Modellversuche — insbesondere nach § 223 RVO — und Routineanwendung sind zwei verschiedene Dinge. Ich vertrete da eine andere Auffassung. Ich vertrete die Auffassung, daß die Modellversuche und ihre Handhabung sowie die Verwaltungsanwendung des § 223 RVO Routinemaßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sind, die durch den Gesetzgeber verstärkt wurden. § 223 RVO ist als eine Hinweisvorschrift anzusehen. Darüber haben wir auch mit den Datenschutzbeauftragten diskutiert; da gibt es sicherlich auch unterschiedliche Meinungen.

Ihren Hinweis, daß man im präventiven Bereich wahrscheinlich auf mehr Fragen des Datenschutzes stoßen wird, halte ich für richtig. Nur, was heute gesetzlich an präventiven Maßnahmen vorgesehen ist, ist nach meiner Einschätzung hinreichend datenschutzrechtlich abgesichert.

Ein letzter Hinweis noch — und jetzt verfallt ich in den Fehler, daß auch ich hier in eine Systemdiskussion einsteige. Herr Bull hat in seinem Gutachten eine sehr bezeichnende Aussage gemacht. Er hat gesagt: Man braucht über den Datenschutz nicht zu diskutieren, weil Daten gar nicht weitergegeben werden müssen, wenn eine Gesamtvergütung von seiten der Krankenkassen an die Kassenärztlichen Ver-

einigungen gezahlt würde. Das ist absolut richtig. Wir brauchten uns über die Datenweitergabe nicht zu unterhalten, wenn eine Gesamtvergütung, wie wir sie früher gehabt haben oder wie sie etwa mit einer pauschalierten Vergütung verbunden wäre, gezahlt würde. Aber das geht über die derzeitigen Vergütungsverträge hinaus.

Dr. Tiemann: Eine Frage dazu: Nachdem Herr Fischwasser ja so systemkonform ist — als Beamter soll er das natürlich auch sein — möchte ich ihn aber doch fragen — und zwar, bevor er uns in ein anderes Referat entwischt — und etwas provozieren, vor allem im Hinblick auf die Äußerung in seinem Referat, die etwa so lautete: Wer die Wohltaten der Krankenversicherung und dieses gesetzlichen Versicherungssystems in Anspruch nimmt, der muß auch dulden, daß seine Daten gespeichert werden.

(Einwand)

Nein, nein. Das ist der Allgemeinheit natürlich nicht so klar. Das Verfassungsgericht hat dazu sehr strenge Maßstäbe aufgestellt. Diese altobrigkeitlichen Vorstellungen, die da bei Ihnen so mitschwingen — volenti non fit inuria und so was —, die haben wir Gott sei Dank in der Dogmatik des öffentlichen Rechts in den letzten 20 Jahren überwinden können. Aber das ist ja auch durch das Bundesverfassungsgericht verdienstvollerweise klargestellt, und das war doch gerade das Anliegen des Urteils. Ich glaube, daß Sie dieses Problem auch in die Rehabilitation hinein verfolgen wird.

Aber, wo wir bei der Systemtreue sind, Herr Fischwasser, ich freue mich, daß Sie doch einige restriktive Interpretationen des § 223 geliefert haben. Da bin ich schon der Ansicht, daß auch das Ausweichen auf die Gesamtvergütung zumindest dem Anliegen nicht gerecht wird, das einige Betriebskrankenkassen hinter die Modellversuche gestellt haben: Sie wollen ja teilweise in die Qualitätsprüfung hinein. Und das Problem hätten Sie selbst mit der Gesamtvergütung nicht vom Tisch. Da möchte ich Sie fragen: Stimmen wir denn wenigstens insofern überein, daß beim § 223 —

was immer man sich unter so einem Chamäleon vorstellen mag, ich bin da äußerst skeptisch und halte das für eine reine Leerformel — allenfalls Kostentransparenz in Rede stehen kann, aber nicht Qualitätsprüfung oder Effizienzprüfung etwa im Sinne des Anliegens, Wiederholungsfüllungen zu prüfen oder die Haltbarkeit von Kronen oder was man sich im zahnärztlichen Bereich sonst ausdenken mag?

Fischwasser: Darf ich dazu antworten. Herr Tiemann, Sie haben mir vorgehalten, das, was ich zitiert habe, kommt aus alter Zeit. Ich habe das Bundesverfassungsgericht zitiert, das ausdrücklich darauf hinweist, daß derjenige, der die Wohltaten der Gesetzlichen Krankenversicherung genießt, auch sachgemäße Beschränkungen in Kauf nehmen muß. Nachzulesen im 16. Band der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts. (Einwände) Dies ist zwar eine alte Entscheidung; wir sind heute beim 65. Band. Entschuldigen Sie bitte, was das Bundesverfassungsgericht damals entschieden hat, ist auch heute noch gültig. Man kann natürlich die Rechtsprechung ändern. Aber das, was das Bundesverfassungsgericht zum Ausdruck gebracht hat, gilt auch heute noch, Herr Tiemann.

Dr. Tiemann: Aber wesentlich weiter entwickelt.

Fischwasser: Die Aussage steht in der Veröffentlichung des Bundesverfassungsgerichts und ist auch so anzuwenden. Ich kann nicht sagen, was gestern das Bundesverfassungsgericht entschieden hat, brauche ich heute nicht mehr zu beachten.

Das Zweite: Sie möchten dem § 223 RVO unterstellen, daß es bei dieser Vorschrift nur um Kosten- und Leistungstransparenz geht. Dazu muß ich deutlich sagen, daß die Krankenversicherung nicht nur unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot, sondern auch unter dem Zweckmäßigkeitgebot steht. Und das bedeutet, daß die Zweckmäßigkeit der Leistungserbringung auch im Rahmen der Leistungstransparenz zu überprüfen ist.

Plenumsdiskussion

Dr. Epping: Herr Fischwasser, ich bedanke mich. Sie haben mir ein Stichwort gegeben, das ich gerne aufgreifen möchte, um die Diskussion noch einmal ein bißchen in eine andere Richtung zu führen. Sie haben davon gesprochen, daß es sich im § 223 oder im Auftrag, der damit verknüpft ist oder darin verborgen liegt, um Kosten- und Leistungstransparenz handelt. Wenn ich die heutige Diskussion und alle anderen Diskussionen, die in diesem Zusammenhang über die Bühne gegangen sind, einmal Revue passieren lasse, dann ist nach meinem Erinnerungsvermögen, wenn ich das überhaupt auf einen gemeinsamen Nenner bringen darf, nur von Kostentransparenz die Rede. Wenn dann am Rande noch ein bißchen über Leistung gesprochen wird, dann geht es um die Kosten dieser Leistung, nicht aber um deren Qualität.

Ich frage mich, wird denn gar nicht erkannt, daß hier volkswirtschaftliche Wertschöpfung hinter der ganzen Problematik steht? Daß hier Leistungen erbracht werden, daß wir es mit einer Leistungsexplosion zu tun haben, und die Leistungen selbstverständlich — durch die Forschung auf den Weg gebracht — zwangsläufig immer teurer werden müssen. Das reguliert sich nicht ausschließlich nach der reinen Lehre der Marktwirtschaft. Genau das Gegenteil machen wir. Wir greifen in die Tasche der Krankenversicherung. Ich möchte das Gewissen ein wenig schärfen für die Problematik, die mir nicht nur hier, sondern in der gesamten öffentlichen und politischen Diskussion zu einseitig dargestellt wird: immer nur die Kosten, und zwar in der üblen Definition, die im Grunde gar keine ist, nämlich der Unkosten. Der Popanz, der hier aufgebaut wird, oder dieses Begriffs-

monstrum — möchte ich fast sagen — ist m. E. genauso unlogisch wie es unsinnig oder unlogisch erscheint, es in dieser einseitigen Betrachtungsweise anzuwenden. Wenn dazu Wortmeldungen vorliegen, bin ich gerne bereit, das Thema vertiefend diskutieren zu lassen.

Ansonsten möchte ich mehr auf die Praxis bezug nehmen in der künftigen Diskussion. Gibt es Wortmeldungen zu den Fragen zwischen Last und Leistung oder die Äquivalenz zwischen Kosten oder Ausgaben der Krankenversicherung und den entsprechenden Leistungen?

Herr Dr. Schneider.

Dr. Schneider (BASYS): Wenn man als Gesundheitsökonom arbeitet, dann ist es naheliegend, daß man einen Vergleich zieht zur Medizin. Sie wissen, die Ökonomie ist eine recht junge Wissenschaft im Vergleich zur Medizin. Betrachten wir, was die Ökonomie zu den Krankheiten unseres Gesundheitswesens aussagt, dann fällt uns die Krankheit Kostensteigerung ein.

Hier komme ich auf Ihren Praxisbezug. Als Therapievorschläge fallen uns ein: Kostenbeteiligung oder Kostentransparenz; zu den Leistungsbereichen sagen wir meistens wenig. D. h., gemessen an den Krankheiten, die wir in der Medizin kennen, kennen wir, was unsere Krankenversicherung angeht, sehr wenig. Unser diagnostisches Instrumentarium ist unterentwickelt. Wie können wir es weiterentwickeln? Sicher auch mit den Routinedaten der Krankenversicherung. Und hierzu meine Frage an Herrn Prof. Simitis: Wenn wir Leistungstransparenz im Sinne von mehr Diagnostik wünschen, dann müßte es doch möglich sein, auch anonymisierte krankheitsfallbezogene Daten zu untersuchen, ohne daß bereits der Zweck, die Therapie, vorgegeben ist? Wie sollen wir zu mehr Qualitätssicherung kommen, zu neuen Therapievorschlagen, wenn wir nicht auch die Krankheitsbefunde der Patienten einbeziehen können?

Dr. Epping: Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, meine Damen und Herren, Sie können die Wortmeldekarten

benutzen; bitte gehen Sie doch diesen Weg, damit alles ein wenig seine Ordnung hat. Ich möchte auch zwischenzeitlich darauf hinweisen, daß ich die Diskussion gerne ins Plenum geben würde. Ich habe nur selbst noch ein Anliegen, das ich hier dargestellt haben möchte. Es geht darum, wie verwalten wir denn das Ganze jetzt in der Praxis? Im allgemeinen und im besonderen. Und mit dem Besonderen meine ich dann die bisherigen Erfahrungen mit den Forschungsprojekten. Bitte schön, Herr Simitis, Ihre Antwort.

Prof. Simitis: Ich könnte es mir ja ganz einfach machen und schlicht antworten: Solange es ausschließlich darum geht, für schon definierte oder im Laufe der Reflexion zu definierende Aufgaben anonymisierte Daten zu benutzen, ist dies unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten gleichgültig. Kein Datenschutzbeauftragter wird sich zu irgendeinem Zeitpunkt einschalten, wenn das Material, das als Informationsgrundlage dient, ausschließlich aus anonymisierten Daten besteht.

Wenn ich es mir nicht leicht machen will, muß ich Sie darauf hinweisen, daß dann notwendigerweise eine Folgediskussion stattfinden muß, die wir jetzt im einzelnen nicht führen können. Erstens müßten wir uns einigen über die notwendigen Anforderungen an eine wirksame Anonymisierung, weil es gerade in diesem Bereich sehr problematisch sein kann, wenn man speziellen Situationen nachgeht und die Reindividualisierung der Daten vielleicht leichter fällt. Und zweitens ist eine der ganz kritischen Fragen hier: Woher kommen die Daten, die dann anonymisiert benutzt werden, und wer greift auf die Daten zu, um sie zu anonymisieren?

Und dann lassen Sie mich noch kurz klarstellen den Unterschied zwischen Herrn Fischwasser und mir: Ich denke immer an den 65. Band des Bundesverfassungsgerichts mit der Entscheidung zum Volkszählungsgesetz, Herr Fischwasser an den 16., ohne daß ich nun die Urteile in den beiden Bänden in Verbindung setzen will. Ich wollte außerdem noch sagen: Beim § 223 RVO ist das Entscheidende für die Datenschutzbeauftragten immer gewesen — und das droht

hier unterzugehen —, daß die qualitative Veränderung, die durch die automatische Datenverarbeitung eintritt, und der Umfang der in Anspruch genommenen Daten nicht mehr unter diese Vorschrift zu bringen ist.

Dr. Epping: Darf ich dann einmal die Aufmerksamkeit auf ein ganz anderes Problem richten, das mir praxisbezogener erscheint und deswegen auch ein wenig transparenter ist, als das, was wir hier im theoretischen Bereich diskutieren. Es geht mir hier um die Erfahrungen, die wir mit zumindest einem Forschungsprojekt, oder sagen wir lieber: Versuchsprojekt — das hat mit Forschung ja alles wenig zu tun —, bisher gemacht haben: Es geht um „Dortmund 1“. „Dortmund 1“, um es ganz kurz zu erläutern, hatte den Auftrag, Transparenz in die Frage der Anspruchsvoraussetzung einerseits und der Wirtschaftlichkeit andererseits zu bringen.

Da ist folgendes vorgekommen: Es kam zu Direktinformationen der Krankenkassen an die Ärzte. Und der Datenschutzbeauftragte des Landes Nordrhein-Westfalen — ich will das hier nicht anonymisieren, wir kommen ja mit der Anonymität nicht weiter; wir müssen schon Roß und Reiter nennen, damit das Ganze ein bißchen plastisch wird — hatte nach einem Kontrollbesuch bei der Ortskrankenkasse Dortmund seinen Bericht abgegeben. Starke Bedenken äußerte er, bestehen gegen die am Prüfungsausschuß vorbeigehende Vorweginformation mit aufwendigem Überweisungs- und Ordnungsverhalten. Da jedoch die Vorweginformation gemeinsam oder mit Einverständnis der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe erfolgte und deren Aufgabenerfüllung unterstützt, kann sie als dem förmlichen Prüfverfahren vorgeschaltetes milderes Mittel gegenüber den Ärzten hingenommen werden. Das sehe ich ja noch ein: eine salomonische und richtige Entscheidung, wenn wirklich die Voraussetzungen gestimmt hätten.

Zu folgender fataler Entwicklung war es zuvor gekommen: Es kam gar nicht zu einer Mitwirkung bzw. zum Einvernehmen mit der KVWL, wie sie vorgeschrieben ist im § 223

RVO; die Mitarbeit wurde einfach nicht akzeptiert, weil die korrespondierende Krankenkasse, die AOK Dortmund, nicht bereit war, die eigentliche Projektbeschreibung zuvor mit der Kassenärztlichen Vereinigung abzustimmen. Man hat also alleine operiert.

Darüber wurde der Datenschutzbeauftragte erst nachträglich in Kenntnis gesetzt — er ging einfach davon aus, daß es ein Versuch nach § 223 war. Dieser konnte zunächst auch als solcher definiert werden, denn die AOK Dortmund hat sich aufgrund der Ausschreibung des Bundesministeriums mit der Bitte um Unterstützung und Alimentation des ganzen Vorhabens an das Bundesministerium gewandt.

Ich will nicht sagen, daß der Datenschutzbeauftragte in dieser Beziehung gelehmt worden ist; aber es ist ihm wahrscheinlich nicht so ganz die volle Wahrheit gesagt worden. Wir stehen also jetzt vor der Tatsache, daß es kein Versuch nach § 223 ist und damit auch vor dem Problem, daß das Unbedenklichkeitstestat, das der Datenschutzbeauftragte unter Schmerzen geboren hatte — mit Bedenken, steht da, sei das noch so einigermaßen hinzunehmen —, natürlich auch keinen Bestand mehr haben kann.

Die Frage jetzt an alle, die mit Datenschutz und mit der Verwaltung dieses ganzen Procedere zu tun haben: Was machen wir? Ist nicht eine neue Initiative, eine neue Definition dieses Vorhabens notwendig, um das Ganze nun sinnvoll zu Ende zu führen?

Herr Oesingmann ist stellvertretender Vorsitzender der KVWL und wird die Dinge möglicherweise so bestätigen, wie ich sie gesagt habe.

Oesingmann: Sie haben das Problem schon weitgehend dargestellt. Eine weitere Frage, die sich ergibt, haben Sie nicht erwähnt. § 223 RVO fordert „geeignete Fälle“. Ist dann davon auszugehen, daß — wenn jeder Fall einer Krankenkasse überprüft wird — jeder Fall ein „geeigneter Fall“ sein kann? Zum zweiten ist festzustellen: Die Einverständniserklärung der Kassenärztlichen Vereinigung hat niemals

vorgelegen; das kann ich hier ganz klar in der Öffentlichkeit sagen. Insofern liegt eine Fehlinformation des Datenschutzbeauftragten vor.

Mir haben versucht, die Mitarbeit zu erreichen. Aufgrund des von Herrn Epping eben dargelegten Faktums, daß uns der Antrag nicht offengelegt wurde, sahen wir uns zu einer gemeinsamen Arbeit nicht in der Lage, und daraus haben sich dann die Folgen ergeben, die eben im Referat von Herrn Professor Simitis anklagen. Er sagte: Es darf nicht zu einer falschen Etikettierung von Betroffenen kommen. Wenn aber ein solcher Modellversuch dazu benutzt wird, alle Ärzte einer Region — genau genommen vier Fünftel aller Ärzte — in der Öffentlichkeit zu diskriminieren und durch laufend wiederholte Veröffentlichungen diese Diskriminierung aufrechtzuerhalten, danach aber versäumt wird, die Daten zu überprüfen, wie es grundsätzlich immer notwendig ist, dann frage ich Sie als den Auftraggeber für das Modellvorhaben Dortmund 1: Geht das, was da als Modellversuch plakatiert wird, nicht bereits in ein Verwaltungshandeln über, das aufgrund eines § 223 keineswegs mehr legalisiert ist? Das kann doch bei den teilweise gemachten Äußerungen nicht in Ordnung sein.

Darüber hinaus bitte ich die Kosten-Nutzen-Relation zu betrachten, die hier besonders wichtig erscheint. Denn die bisherigen Ermittlungen haben ergeben, daß die erhobenen Vorwürfe im wesentlichen nicht zutreffen. Bisher sind bei den Überprüfungen minimale Rückzahlungsbeträge herausgekommen. Und ich sage jetzt hier bewußt: Dies wird von mir nicht angeführt, um möglicherweise einen Täterschutz, der eben bereits einmal angesprochen wurde, zu erreichen. Wir sind im Interesse unseres Berufsstandes verpflichtet, alle Kollegen, die sich falsch verhalten, zur Rechenschaft zu ziehen, und ich glaube, das gilt für andere Betroffene, die Zahnärzte und Apotheker, genauso.

Es geht mir darum, daß nach Recht, Gesetz — und hier nach dem Datenschutz — verfahren und nicht ein Freiraum geschaffen wird für Leute, die möglicherweise andere Ziele

damit anstreben. Ich will das nicht noch deutlicher ausdrücken.

Eines noch an Sie, Herr Fischwasser: Sie haben den Modellversuch Dortmund 2 eben als „Billigmacherversuch“ beschrieben, wenn ich das mal mit platten Worten sagen darf. Sie haben gesagt, damit solle eine Kostensenkung für Medikamente erreicht werden. Dieses ist nicht der Ansatz für den Modellversuch Dortmund 2, sondern der lautet: Arzneimitteltransparenz und Arzneimittelberatung. Und hierbei ist vorgesehen: Erstens über die bisher pauschalen Informationsmöglichkeiten im Rahmen der Ursachen- und Kostenstatistik hinaus jeden Arzt differenziert über sein Ordnungsverhalten zu informieren und ihm dadurch Möglichkeiten zu bieten, sich und seine Ordnungen zu überprüfen, aber nicht in Richtung „Billigmedizin“, denn diese ist im Prinzip gar nicht überprüfbar. Selbst von Dermatologen wird behauptet, daß die Frage der Alternativpräparate rein wissenschaftlich nie hundertprozentig zu beantworten sei.

Zweitens ist daran gedacht, auf einen Patienten bezogene Fälle von Nebeneinanderordnungen durch verschiedene Ärzte zu erkennen. Damit soll der Patient geschützt und ein positiver Effekt für ihn erzielt werden.

Das Dritte, was wir vorhatten, nämlich den Patienten beraten zu können, ist auf Intervention des Datenschutzbeauftragten leider nicht mehr möglich. Dies wäre sicher ebenfalls ein sehr, sehr interessanter Aspekt, dem — auch zur Kostendämpfung — nachzugehen sich sehr gelohnt hätte.

Fischwasser: Zunächst einmal zu dem ersten Punkt, der von Ihnen angesprochen wurde und jetzt von Herrn Oesingmann wiederholt worden ist. Es handelt sich nicht um den Modellversuch Dortmund 2, sondern es handelt sich offensichtlich um nachträgliche Hinweise zum Modellversuch 1, wobei mir im Augenblick nicht bekannt ist, was sich nachträglich noch ergeben hat, obwohl damals der Datenschutzbeauftragte ein abschließendes Urteil abgegeben und dies möglicherweise nicht gesehen hat. Das müßte zu-

gegebenermaßen nachträglich noch einmal überprüft werden; der Bericht liegt ja vor. Das hat aber nichts mit dem Modellversuch nach § 223 RVO zu tun. Ich habe deutlich gemacht, daß die Prüfung im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung vorzunehmen ist.

Ich habe nichts von Billigmedizin gesagt; wenn Sie es mir unterstellen, bedaure ich dies. Ich habe vielmehr darauf hingewiesen, daß es bei dem Modellversuch nach § 223 RVO in Dortmund darum geht, daß der Arzt darüber beraten wird, wie er seine Verordnungsweise auf eine rationale, dem Gesetz entsprechende wirtschaftliche Verordnungsweise abstellen kann. Das hat nichts mit Billigmedizin zu tun, sondern ist ein gesetzlicher Auftrag. Und nur dieses ist der Inhalt und der Zweck dieses Modellversuchs.

Sie haben angesprochen die Beratung der Versicherten. Ich bin genauso enttäuscht darüber wie Sie, daß dieses Anliegen der Ärzteschaft — Beratung der Versicherten über die Anwendung von Medikamenten, über die Notwendigkeit wirtschaftlicher Verordnung und vielleicht auch über Verordnungswünsche — nicht in den Modellversuch einbezogen werden kann, weil der Datenschutzbeauftragte von Nordrhein-Westfalen dies als nicht hinreichend abgesichert eingestuft hat. Darüber muß man eine gesonderte Diskussion führen, die wir aber nicht im Rahmen des Modellversuchs führen können. Das muß generell für die gesetzliche Krankenversicherung geschehen.

Daran sieht man, daß vielleicht sogar manches, was zweckmäßig und notwendig wäre, wegen des Datenschutzes zunächst einmal zurückgestellt werden muß. Es muß ausdiskutiert werden, wie dieser Auftrag an die Krankenkassen, der auf dem Bundesmantelvertrag beruht, datenschutzgerecht umgesetzt werden kann.

Dr. Epping: Herr Oesingmann, Sie haben Dortmund 2 angesprochen. Ich meine, es steht ja fest, daß Dortmund 2 das fortgeschrittenste Modell ist. Es geht nämlich schon in die Phase 3 ein, also in die der Erprobung des faktischen Verwaltungshandelns. Es hat am 1. Oktober angefangen.

Da wurden die Daten schon gespeichert und nach Ablauf des 1. Quartals — das sind noch drei oder vier Wochen — wird mit der Auswertung begonnen. Es steht aber in der korrigierten Projektbeschreibung von Ende September d. J. für die mit der wissenschaftlichen Begleitung beauftragte Firma folgender schwerwiegende Satz: „Für den Fall, daß eine Beratung auf der Grundlage anonymisierter Daten allein nicht ausreicht und im berechtigten Interesse auch des betroffenen Arztes die Beratung auf den Einzelfall und damit auf personenbezogene Daten — also nicht anonymisierte Daten — zurückgreifen muß, muß eine endgültige Klärung des dann zu verfolgenden Verfahrens noch gesucht werden. Vorrangig hierfür ist eine Vereinheitlichung der datenschutzrechtlichen Argumentation zu diesem Problem.“

Herr Simitis, wenn es um die Harmonisierung der datenschutzrechtlichen Argumentation geht, ist das möglicherweise theoretisch ganz einfach zu klären. Ich frage mich nur, wie wird das faktisch gehandhabt? Der Modellversuch ist in die Wege geleitet. Es wird danach gearbeitet, und hier müssen doch datenschutzrechtliche Positionen abgeklärt werden, um überhaupt damit etwas anzufangen; und möglicherweise geht das Ganze sogar den Bach herunter.

Wie ist es nun? Kann man denn die Modellphase 3 — Erprobung faktischen Verwaltungshandelns — in dieser Form in Angriff nehmen, wenn wichtige datenschutzrechtliche Positionen, die nicht zu anonymisierten Daten führen werden, nun in Kraft gesetzt werden? Herr Harrer vom Bundesbeauftragten für den Datenschutz.

Harrer: Ich möchte dazu etwas sagen, weil im Modellversuch Dortmund 2 ja nicht Hessen beteiligt ist, sondern Nordrhein-Westfalen und der Bund für die „zu vereinheitlichenden Datenschutzargumentationen“ zuständig sind. Das ist ein etwas hochtrabender Begriff. Es geht eigentlich nur darum, daß möglicherweise unterschiedliche Auffassungen in bezug auf das Vorgehen bestehen. Wenn die Kassenärztliche Vereinigung einen Arzt zu einer Beratung einlädt, dann muß dieser Arzt natürlich wissen, über wel-

chen Patienten er befragt werden soll. Und da gibt es nun zwei Möglichkeiten: Entweder die Kassenärztliche Vereinigung bekommt von der Kasse in diesem Einzelfall die Originalbehandlungsscheine eines Patienten personenbezogen zur Verfügung gestellt und kann damit den Arzt beraten, oder der Arzt selber — nicht die Kassenärztliche Vereinigung — bekommt diesen Hinweis von der Kasse: Es handelt sich um den und jenen Patienten, und es geht um die und jene Behandlung oder Medikation oder Verordnungsweise. Das steckt also hinter diesem Vorbehalt. Ich meine, man kann sich sowohl auf die eine wie auf die andere Vorgehensweise einigen. Sicherlich ist der bessere Weg, nicht die Kassenärztliche Vereinigung zu unterrichten, sondern den Arzt, der betroffen ist.

Dr. Epping: Aber viel einfacher wäre es doch, wenn wir 368e Abs. 5 anwenden und das ganze über die Prüfungsausschüsse laufen lassen würden. Dann hätten wir gar keine Schwierigkeiten und derselbe Effekt wäre erzielt.

Harrer: Das ist sicherlich auch nicht falsch. Darum ging es ja auch in der Grundauseinandersetzung über diese Modellversuche: Was ist eigentlich § 223 anderes als § 368, nämlich Wirtschaftlichkeitsprüfung? Uns ist immer nur gesagt worden, da steckt mehr dahinter, da muß man die Beratungsfunktion der Krankenkasse aus SGB I mit heranziehen, man muß § 182 RVO mit heranziehen. Wir haben das so hingenommen, daß § 223 nach Auffassung der Kassen und der Beteiligten irgend etwas anderes will als eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Prüfungsausschüsse.

Dr. Epping: Da fragt man sich als Außenstehender natürlich, wozu braucht man einen § 223 überhaupt?

Prof. Simitis: Ich will nicht auf den Dortmunder Fall eingehen. Das ist Sache insbesondere des unmittelbar beteiligten Datenschutzbeauftragten. Ich will auf die Frage nach den Modellversuchen antworten.

Das ist einer der Punkte, unter denen die Datenschutzbeauftragten — oder wenn Sie wollen, der Datenschutz überhaupt — ständig zu leiden haben. Man macht nämlich in den verschiedensten Gebieten Modellversuche und meint, diese Modellversuche könnten sich in einem Raum abspielen, wo Bedenken, die aus der Datenschutzperspektive geäußert werden, keine Rolle spielen. Das ist das gleiche, was sich etwa bei den Neuen Medien oder bei ZEVIS — dem „Zentralen Verkehrsinformationssystem“ des Kraftfahrtbundesamtes — abspielt. Überall kommt die Antwort: Es wird ja nichts Endgültiges gemacht, es wird nichts festgeschrieben, sondern es wird ein Modellversuch gemacht. Ich kann dazu nur sagen: Solche Modellversuche haben die Eigenschaft, Endgültiges festzuschreiben, sie vollziehen den Zugriff auf die Daten, jedenfalls eines Teiles der Betroffenen, mit der gleichen Intensität wie endgültige Maßnahmen. Insofern sind Projekte mit Modellcharakter aus dem Blickwinkel des Datenschutzes keineswegs gleichgültig, vielmehr dürften Modellversuche eigentlich nie beginnen, ohne zugleich vor dem Beginn und vor der Festschreibung der Durchführungsmodalitäten auch die Datenschutzfragen geklärt zu haben.

Kein Datenschutzbeauftragter in der Bundesrepublik — das kritisiere ich nicht, damit man mich nicht falsch versteht; ich gebe nur wieder, wie die rechtliche Lage ist und ich will die auch nicht geändert haben — hat das Recht, gleichsam aus seinen Bedenken heraus zuzugreifen und einen bestimmten Versuch zu unterbinden. Das kann er nicht, und das ist auch gut so. Was er tun kann, ist, seine Beanstandung auszusprechen, die Öffentlichkeit zu mobilisieren, das Parlament aufmerksam zu machen und dadurch eine Revision der Vorstellungen herbeizuführen versuchen. Dies ist auch hier geschehen in konkreten Fällen. Weil aber die Datenschutzbeauftragten erst zu einem späten Zeitpunkt eingeschaltet wurden, konnten sie erst dann klarstellen — und darüber besteht kein Zweifel —, daß der § 223 RVO in dieser Interpretation, wie sie uns vorgetragen wurde, nicht haltbar ist bzw. nicht durchgeführt werden kann.

Die „geeigneten Fälle“ lassen sich nicht einfach generalisieren und in den Datenbestand einbeziehen. Dies ist ein Standpunkt, den auch diejenigen, die die Modellversuche durchführen, inzwischen akzeptiert haben. Sonst gäbe es keine weiteren Gespräche mit den Datenschutzbeauftragten.

Weil nicht vorweg darüber nachgedacht worden ist, weil der politische Druck wegen der Kostendämpfung besteht und weil ganz bestimmte Ziele bestehen, über die man sich relativ leicht einigen kann, ist nun die Konsequenz, daß man einen Kompromiß sucht. Der Kompromiß sieht so aus, wie Sie gesagt haben: Zunächst äußert man sich zu der bestimmten Phase eines bestimmten Modellversuchs. Wo anderes geschehen würde, da habe ich meine Bedenken, und da würde ich mich ganz anders äußern. Das habe ich auch in meinem Tätigkeitsbericht schon getan. Zufriedenstellen würde mich aber erst eine Regelung, die von vornherein andere Maßstäbe setzt. Ich warne davor, das Gespräch, das jetzt stattfindet, den Versuch, datenschutzgerechtere Wege bei der Durchführung zu finden, umzudeuten in die Annahme, damit sei eine endgültige Regelung getroffen. Nichts davon ist richtig. Getroffen ist eine Regelung nur für die ganz bestimmten Situationen, die hier zur Debatte stehen. Von nun an heißt die Forderung ganz klar: Es müssen klare, nachvollziehbare, präzise Vorschriften geschaffen werden. Das gilt insbesondere an die Adresse aller neuen Modellversuche, denn die nehmen nie ein Ende.

Dr. Epping: Darf ich in der Reihenfolge vorgehen? Zuerst hat sich Herr Dr. Schäfer von der Firma Dornier System GmbH, das ist das Institut, das das Forschungsprojekt Dortmund wissenschaftlich begleitet, gemeldet.

Dr. Schäfer: Ich möchte zunächst nicht direkt zu Dortmund 2 Stellung nehmen, sondern einem Eindruck vorbeugen, der vielleicht für den Uneingeweihten entstanden sein mag, nämlich daß die Vertragspartner in dieser Sache

heillos miteinander zerstritten sind. Das mag in dem einen oder anderen Modellversuch, der mit Kassendaten durchgeführt worden ist — aber nicht unter dem Etikett § 223 —, der Fall gewesen sein. In den Modellversuchen, insbesondere in den vom Bundesarbeitsministerium, aber auch in dem vom Sozialministerium in Baden-Württemberg geforderten, ist dieses Zusammenwirken gemäß § 223 sozusagen lupenrein verwirklicht. Dort arbeiten die Vertragspartner zusammen.

Und ich möchte darauf hinweisen, daß hier auch eine große Chance für die Modellversuche besteht, da nämlich die Vertragspartner im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen gewisse Freiräume haben, ihr Zusammenwirken zu regeln. Um diese Freiräume zu nutzen, benötigt man Modellversuche, da man ja eine Neuerung nicht gleich in den Verwaltungsvollzug einbringen kann. Und so werden in diesen Modellversuchen zum § 223 auch neue Formen des Zusammenwirkens der Vertragspartner erprobt. Das scheint mir ein sehr wichtiger Aspekt zu sein, auf den Herr Fischwasser zwar immer wieder mal hingewiesen hat, der aber ansonsten in der Diskussion völlig verlorengegangen ist.

Dr. Epping: Herr Schäfer, ich darf das vielleicht einigermassen richtigstellen, wenn wir uns unklar ausgedrückt haben — es ging nicht um Dortmund 2. Es ging nicht um das neue Arzneimitteltransparenzprojekt. Es geht um die beiden davor gestarteten Versuche, und ich weiß gar nicht, ob Ihre Firma die wissenschaftlich begleitete.

Dr. Schäfer: Nein, ich habe jetzt eine generelle Bemerkung zu Modellversuchen gemacht, die unter dem Etikett „Umsetzung von § 223“ zur Zeit in Deutschland laufen. Da ist der Tatbestand des Zusammenwirkens erfüllt. Dort wird nicht gegen den Willen eines Vertragspartners irgend etwas unternommen, sondern die Vertragspartner haben sich zusammengesetzt, um den Modellversuch zu konzipieren und durchzuführen. Das ist auch in Baden-Württemberg und in Dortmund 2 so.

Dr. Epping: Dortmund 2 ist völlig klar in dieser Beziehung. Aber Dortmund 1 ist doch ein Negativbeispiel?

Dr. Schäfer: Es ist ja auch schon etwas länger her. Man hat auf diesem Wege inzwischen auch viel dazugelernt.

Fischwasser: Ich darf dazu auch eine Bemerkung machen: Wenn wir hier auf das Dortmund-1-Vorhaben hinweisen, so muß man deutlich machen: Das hat nichts mit einem Modellversuch nach § 223 RVO und damit mit der Verpflichtung des Einvernehmens mit dem Vertragspartner bzw. mit der Kassenärztlichen Vereinigung zu tun. Das war ein völlig anderes Modell. Insofern können Sie auch nicht sagen, daß der Datenschutzbeauftragte geleimt worden ist, wie Sie vorhin versucht haben auszudrücken.

(Einwand)

Sie haben es als Moderator so gesagt. Ich weiß nicht, worauf Sie dabei anspielen, daß jetzt, nachdem der Abschlußbericht vorliegt, vielleicht datenschutzrechtlich noch etwas zu überprüfen wäre. Das müßte der Datenschutzbeauftragte des Landes Nordrhein-Westfalen mit der Kasse bzw. mit dem hier auftretenden Ankläger — wer das ist, weiß ich nicht — ausmachen.

Ich komme nochmals zurück auf das generelle Thema der Modellversuche. Es wird immer wieder gefordert, daß wir vor allem Verwaltungsabläufe und Maßnahmen, die der Gesetzgeber plant, zunächst einmal modellmäßig erproben. Wenn ich ein solches Modellvorhaben beginne, kann ich unmöglich wissen, wie die Dinge am Ende ausgehen. Ich kann nicht wissen, was sich bewährt und was sich nicht bewährt. Ich kann vielfach im voraus nicht sagen, ob sich rechtliche Bedenken gegen eine Maßnahme im Laufe des Modellversuches z. B. hinsichtlich des Datenschutzes ergeben. Es kann sich erst hinterher herausstellen, daß es so nicht geht, sondern anders angelegt werden muß. Dies ist ja der Sinn eines Modellvorhabens.

Was Sie vorhin bei Modell Dortmund 2 angesprochen haben, ist ein ganz generelles Thema. Es geht nämlich darum,

ob die personenbezogenen Daten des Versicherten für eine Prüfung im Prüfungsausschuß personenbezogen oder anonymisiert an die KV oder an den Prüfungsausschuß weitergegeben werden dürfen. Wenn Sie dies fordern — das ist ja das Problem, mit dem sich der Datenschutzbeauftragte auseinandersetzen mußte —, dann ist der Geleimte, ich darf mal den Begriff nehmen, der Kassenarzt. Der kann sich dann nämlich nicht wehren. Er würde vor den Prüfungsausschuß zitiert mit dem Hinweis, er hätte unwirtschaftlich gehandelt, ohne daß man ihm sagt, bei welchem Patienten, bei welchem Fall. Und ich möchte den Kassenarzt sehen, der sich dann vor dem Prüfungsausschuß verteidigen kann. Deswegen muß man hier einen gangbaren Weg finden. Man könnte die Prüfung zunächst anonym durchführen. Und dann erfolgt die Beratung, und zwar eine vorgeschaltete Beratung vor einer eventuellen Beanstandung. Wenn man dann den Einzelfall berät, muß man wissen, um welchen Fall es geht: Um welchen Patienten und um welche Anwendungen. Daher müssen zu diesem Zeitpunkt die persönlichen Daten bekanntgegeben werden. Diesen Lösungsvorschlag halte ich für zulässig und meine, daß der Datenschutzbeauftragte ihn nach Prüfung als vertretbar angesehen hat.

Dr. Tiemann: Einer muß immer hungern. Aber hier sind die Vertragspartner angesprochen worden. Wir reden doch bei der ganzen Diskussion immer um den heißen Brei herum. Letztlich hat mir hier noch niemand eine Antwort auf Fragen geben können, wie z. B. die Zweckbindung, die das Bundesverfassungsgericht so deutlich hervorgekehrt hat, und die bereichsspezifische Eingrenzung, die Sie, Herr Prof. Simitis, in der dritten Phase zu Recht sehen, wie die bei den Modellversuchen gewährleistet bleiben kann.

Dr. Epping: Herr Tiemann, ich muß einfach noch einmal intervenieren und die Frage ein wenig zurückstellen. Es geht noch um Dortmund 2. Wir kriegen vielleicht ein wenig Transparenz in die Transparenzdiskussion. Herr Klop-

pert aus dem Büro des Landesbeauftragten für den Datenschutz NW hat sich zu Wort gemeldet, um ein bißchen Klarheit in Dortmund 1 und 2 hereinzubringen.

Kloppert: Eine ganz kurze Anmerkung zu dem, was Herr Fischwasser bereits gesagt hat. Es ging beim Dortmund-1-Projekt von vornherein überhaupt nicht um den § 223 RVO. Wir haben die Prüfung der Leistungsanspruchsvoraussetzungen wie auch die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Tätigkeit auf andere Vorschriften der RVO gestützt; der § 223 RVO spielte dabei von vornherein keine Rolle.

Auch für den Modellversuch Dortmund 2 konnte der § 223 RVO nicht herangezogen werden. Er ist nicht einmal von der AOK selbst und auch nicht vom BMA ins Gespräch gebracht worden. Wir haben ihn zwar kurz geprüft, aber als nicht einschlägig ablehnen müssen.

Dr. Epping: Ich habe eine Zusatzfrage an Sie. Sie haben eben gesagt, Sie hätten Dortmund 1 ausschließlich auf andere Paragraphen der RVO und nicht auf den § 223 gestützt. Dann ergibt sich aber die Frage: Wie ist es denn zulässig, daß die Krankenkassen die Ärzte am Prüfungsausschuß vorbei direkt informieren? Dann müßte doch dieses Problem geheimgehalten worden sein.

Kloppert: Das ist nicht zulässig. Wir haben nur gesagt, sofern dies im Einvernehmen mit der KVWL geschieht, kann eine Vorweginformation erfolgen. Ich habe keine Veranlassung, die entsprechenden Informationen der AOK von vornherein in Zweifel zu ziehen; dies ist eine Tatfrage. Unter dieser Voraussetzung kann die Vorweginformation als milderer Mittel hingenommen werden. Wenn das nicht der Fall ist, geht es eben nur auf dem Weg, den der § 368 n Abs. 5 RVO vorsieht.

Dr. Epping: Will jemand abschließend zu dieser Frage noch etwas anmerken?

Oesingmann: Herr Fischwasser, Sie haben eben erwähnt, der § 223 gehe nicht.

Aber ein Prüfverfahren erfordert grundsätzlich ein gemeinsames Tätigwerden der Krankenkassen und der zuständigen ärztlichen Körperschaften. Und dies ist in keinem der Fälle möglich gewesen. Auch die Versuche, hinterher in eine Gemeinsamkeit hineinzukommen, sind nur für kurze Zeit und unter hohen finanziellen und personellen Aufwendungen für einige Fälle möglich gewesen. Dann wurden weitere Übergaben zur Überprüfung verhindert. Auch da möchte ich die Frage stellen, ob das noch gesetzeskonform ist.

Fischwasser: Ich bin angesprochen worden und möchte noch einmal etwas deutlich machen. Es geht in Dortmund nicht nur um Modellversuche. Vom Modell 1 liegt ein Abschlußbericht vor, Modellversuch 2 läuft. Es geht da um andere Dinge: um Irritationen zwischen der Ortskrankenkasse und der KV. Und ich glaube, das sollte man hier nicht hereinbringen.

Müller (VdAK): Wir hatten hier noch einmal die politischen Bekenntnisse, daß kein Mensch den gläsernen Patienten will. Bitte, gehen Sie davon aus, daß wir, die Ersatzkassen und wohl auch die anderen Kassen, keinen gläsernen Versicherten wünschen und es uns überhaupt nur um die Daten geht, die wir zur Erfüllung unserer Aufgaben brauchen. Das zuvor und das ganz deutlich und ganz allgemein. Niemand soll glauben, daß die Krankenkassen irgendwelche Daten für irgendwelche wilden Datenbanken wollen.

Wir, die Ersatzkassen, sind an zwei Modellversuchen beteiligt, einmal Dortmund 2 und dann Heilbronn. Beim Modell Dortmund 2 wird versucht, die Ärzte-Arzneimitteltransparenz herbeizuführen und die Ärzte dann zu beraten, wenn ihre Verordnungsweise dem Wirtschaftlichkeitsgebot der RVO nicht entspricht. In Heilbronn geschieht etwa dasselbe; es beginnt mit 24 Ärzten. Außerdem wird in Heilbronn ein Teilprojekt durchgeführt, bei dem Krankenhausfälle aus Heilbronner Krankenhäusern erfaßt werden. Über die miter-

faßten Diagnose-/Behandlungskriterien erhofft man sich Aufschlüsse über Krankenhausverweildauer und Bettenbedarf.

Nun die Frage von Herrn Tiemann:

Wir stehen doch immer dieser politischen Auffassung gegenüber, daß es an der Transparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung mangelt und darauf auch verschiedenes Fehlverhalten in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückzuführen sei. Das alles ist uns doch bekannt: Der große Anteil der Arzneimittel an den Gesamtausgaben der Krankenkassen — es sind 15% — führt immer wieder zu der Behauptung, daß im Arzneimittelbereich zu viel und Falsches verschrieben wird. Im Krankenhausbereich haben wir dieselbe Diskussion jetzt gerade wieder bis zu der Gesetzesnovelle sehr massiv erlebt: Daß gesagt wird, die Verweildauer ist zu lang, trotz des Prinzips „so viel ambulant wie möglich“ steigen wieder die Verweilzeiten im Krankenhaus. Irgendwas kann doch wohl im Krankenhaus auch nicht stimmen.

Jetzt versuchen wir, über die beiden Modellversuche ein wenig Hintergrund in diese Fragenkomplexe zu bringen. Ich weiß nicht, was dabei herauskommt. Ich meine, man sollte das in Ruhe abwarten. Und ich kann nur wiederholen: Wenn wir wiederum feststellen, daß diese Dinge nicht zu Ergebnissen führen, die den Krankenkassen eine bessere Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Versorgungsweise ermöglichen, dann besteht akute Gefahr für das bisherige System. Und dann werden in trauter Gemeinsamkeit CSU und FDP eine Ausweitung der Selbstbeteiligung mit steuernder Wirkung anstreben. Dieses Rezept ist ja auch schon so alt wie die Diskussion über die Kostendämpfung.

Eimer: (Zwischenfrage, unverständlich)

Müller (VdAK): Ja, sicher. Das wird man politisch sicher durchsetzen können. Nur, Herr Eimer, Sie wissen doch genauso gut wie ich, daß eine Selbstbeteiligungshöhe, die er-

forderlich wäre, um einen echten steuernden Effekt zu erzielen, politisch nicht durchsetzbar ist. Für die gesetzliche Krankenversicherung stellt sich dann natürlich auch die Frage, ob der soziale Charakter, das soziale Prinzip dieser Krankenversicherung bei einer so hoch angesetzten Selbstbeteiligung — und die sehen Sie ja offenbar für viele Leistungen — noch haltbar ist. Doch das ist eine ganz andere Frage.

Aber zurück zu den Modellversuchen, die, so meine ich, so oder so Konsequenzen haben werden. Wenn ich mir das Gutachten von Herrn Bull ansehe, das er für die Ärzteschaft verfertigt hat und in dem er bezweifelt, ob nach der heutigen Rechtslage den Krankenkassen die Diagnose des Einzelfalles mitgeteilt werden kann, dann muß ich sagen: Wenn wir die Diagnose nicht mehr bekommen, ist jede Möglichkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Kassen zu Ende. Dann werden wir zwangsläufig andere Maßnahmen und Regelungen politisch fordern müssen. Es bleibt uns dann gar nichts anderes übrig. Daß ich als Ersatzkassenvertreter einige Skrupel vor dieser Vorstellung habe, können Sie mir abnehmen.

Friede: Ich wollte nur ganz kurz folgendes sagen: Wir haben die Diskussion um § 223 RVO im Jahre 1977 sehr eingehend geführt. Ich weiß nicht, Herr Tiemann, ob Sie damals schon dabei waren. Jedenfalls stehen wir heute wie damals noch voll hinter der Auffassung, daß er in der Form, wie Herr Fischwasser es hier noch einmal vorgetragen hat — auch im Sinne des Gesetzgebers und auch mit den Thesen, die er damit verbunden hat —, eine der Möglichkeiten darstellt, etwas unter dem Stichwort Transparenz und sicherlich auch Kostendämpfung zu tun. Es ist nicht die einzige Möglichkeit, es gibt da doch wohl eine Fülle von Maßnahmen.

Sie haben gesagt, wir als Vertragspartner sollten uns darüber unterhalten — insofern sind wir ja keine Vertragspartner, aber wir sprechen selbstverständlich auf der Spitzenebene über verschiedene Dinge und können das ohne wei-

teres in das Paket mit einbinden, wenn wir im Januar beginnen, über die einzelnen Vertragsbeziehungen zu sprechen. Sie müssen mir bitte gestatten, daß ich das sage, Herr Müller: Vorhin hat jemand von einigen Betriebskrankenkassen gesprochen und eine negative Beurteilung gegeben. Ich habe Sie danach gefragt und Sie haben gesagt, es handele sich um eine einzige, um die BKK Voith Heidenheim. Ich habe mir von der Kasse heute noch mal bestätigen lassen, daß sich dort alles in dem Sinne vollzieht, wie es hier auch von Herrn Fischwasser herausgestellt worden ist. Ich bin der Auffassung, daß man hier nicht über alte Dinge sprechen sollte, sondern über den heutigen Stand. Ich bin auch gerne bereit, mich darüber noch einmal zu unterhalten. Ich lege aber Wert darauf, daß wahre Aussagen gemacht werden.

Dr. Epping: Ich muß unterbrechen, die Zeit ist abgelaufen. Ich darf mich recht herzlich bei allen hier auf dem Podium bedanken. Wir waren sicherlich ein kontroverses und nicht einstimmiges Septett, aber man muß solche Diskussionen führen, damit man ein bißchen in die Tiefe gehen kann. Ich bedanke mich herzlich bei Ihnen. Es hat mir jedenfalls Spaß gemacht. Ich lege die Verantwortung für den weiteren Verlauf der Veranstaltung in den Schoß des Veranstalters zurück.

Zedelmaier: Meine sehr geehrten Damen und Herren. Es würde mich zwar reizen, zu dem einen oder anderen Thema der Diskussion etwas zu sagen — von der Selbstbeteiligung bis zur Wirtschaftlichkeitsprüfung —, aber aus Zeitgründen müssen wir zum Schluß der Veranstaltung kommen.

Ich möchte Ihnen allen danken, daß Sie ausgeharrt haben und Sie sich an der Diskussion beteiligt haben. Ich darf mich bei unseren Podiumsdiskutanten sehr herzlich bedanken und ich möchte nicht zuletzt Herrn Epping für diese nicht ganz leichte Aufgabe, die er bravourös gelöst hat, auch noch einmal meinen Dank sagen.

Weitere Publikationen des Forschungsinstituts für die zahnärztliche Versorgung im Deutschen Ärzte-Verlag

Werkstoffe in der zahnärztlichen Versorgung

1. Goldalternativen

„Materialien“ Band 1, 1980

ISBN 3-7691-7800-9 (zu beziehen über das Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung)

Direktbeteiligung im Gesundheitswesen

Steuerungswirkungen des Selbstbezahls bei ambulanten medizinischen Leistungen und beim Zahnersatz

Von E. Knappe und W. Fritz

„Materialien“ Band 4, 1984

ISBN 3-7691-7803-3 (zu beziehen über Ihre Buchhandlung)

System der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

System of Dental Care in the Federal Republic of Germany
Système des Services Dentaires en République Fédérale d'Allemagne

Von B. Tiemann und R. Herber

„Broschüre“ 1, 1980

ISBN 3-7691-7801-7 (zu beziehen über Ihre Buchhandlung)

Kostenexplosion im Gesundheitswesen - Folge eines fehlerhaften Steuerungsmechanismus?

Von J.-M. Graf von der Schulenburg

„Broschüre“ 2, 1981

ISBN 3-7691-7802-5 (zu beziehen über das Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung)

Merkmale zahnärztlicher Arbeitsbeanspruchung

Ergebnisse einer Fragebogenstudie

Von W. Micheelis

„Broschüre“ 3, 1984

ISBN 3-7691-7804-1 (zu beziehen über Ihre Buchhandlung)

 **DEUTSCHER
ÄRZTE-VERLAG**

ISBN 3-7691-7805-X