

## **Nur ein Foto? – oder doch mehr?**

Vortrag über die elektronische Gesundheitskarte, gehalten im Rahmen einer Veranstaltung des **Seminars für angewandte Unsicherheit (SaU)** in Berlin-Neukölln am 17.09.2012

### **A Einleitung**

Am 4. Juni 2009 habe ich schon einmal auf Einladung der SaU einen Vortrag zur Gesundheitskarte gehalten, angekündigt unter dem Titel „Kranke Karten? Was steckt hinter der Gesundheitskarte“. Das Skript ist nachzulesen auf der Website der SaU ([www.unsicherheit.tk](http://www.unsicherheit.tk)) Sicher waren viele der heute Anwesenden seinerzeit nicht dabei. Dennoch kann ich hier nur kurz den damaligen Stand referieren. Vor allem die Vorgeschichte bis 2009 bitte ich im Internet nachzulesen.

### **Vorstellung zur Person**

Jurist, bis 2004 stellv. Beauftragter für den Datenschutz des Landes Bremen, zuständig vor allem für Gesundheits- und Sozialdatenschutz. Im Ruhestand beschäftige ich mich seit 2005 kritisch mit der Entwicklung des Projekts „elektronische Gesundheitskarte“ und vertrete das „Komitee für Grundrechte und Demokratie“ in der bundesweiten Aktion „Stoppt die e-Card“.

Das Komitee, das sich ansonsten z.B. für Demonstrationsfreiheit und für die Rechte und Lebensbedingungen ausländischer Flüchtlinge einsetzt, engagiert sich hier, weil es erkannt hat, dass die Gesundheitskarte ein Baustein für das Bestreben von Gesundheitsbürokratie, Telematikindustrie und fremdfinanzierter Forschung ist, den gesamten Gesundheitsbereich mittels zentralisierter Datenverarbeitung ökonomischen betriebswirtschaftlichen Zwängen zu unterwerfen.

Deshalb beteiligt es sich mit den anderen Akteuren an der Aktion „Stoppt die e-Card“. Ziel ist es,

- die Öffentlichkeit über die Hintergründe des Projekts „elektronische Gesundheitskarte“ (auch „e-Card“ genannt) aufzuklären und vor seinen Folgen zu warnen,
- derzeit aber auch, möglichst viele Versicherte dazu zu bewegen, sich dem Verlangen ihrer Krankenkasse, ihr Foto für die neue Karte einzusenden, zu widersetzen,
- schließlich, Klagen von Versicherten vor Sozialgerichten vorzubereiten, zu unterstützen und zu koordinieren.

Der Veranstalter hat mich gebeten, Ihnen juristische und praktische Ratschläge zu geben, wie Sie sich gegenüber der Forderung Ihrer Krankenkasse verhalten können, Ihr Passfoto einzusenden. Zuvor muss ich Sie aber um etwas Geduld bitten. Bedenken Sie: Wenn die Gesundheitskarte ein vernünftiges Projekt wäre, das den Belangen der Versicherten diene, wäre es doch klar: Warum sollten Sie den geringen Aufwand, sich fotografieren zu lassen und das Foto einzusenden, nicht auf sich nehmen? Warum ist es wichtig, dass Sie sich weigern und sich deshalb mit Ihrer Kasse herumärgern?

Um es vorweg, zu verraten: Weil die neue Karte nur das Vehikel ist, mit dessen Hilfe etwas anderes als das Erklärte durchgesetzt werden soll.

## **B Vorgeschobene, kurzfristige und langfristige Funktionen der e-Card**

### **Erste Funktion**

Die Kassen erklären ihren Versicherten, die neue Gesundheitskarte biete wegen des Fotos mehr Schutz: Es wird suggeriert, bei Verlust der alten Krankenversichertenkarte könne der Finder sich an Stelle des Berechtigten ärztlich behandeln lassen, mit dem Foto sei dieser dagegen geschützt:

- Als ob der Arzt mit dem Versicherten und nicht mit der Kasse abrechnen würde und dem einzelnen Versicherten ein finanzieller Schaden drohte.
- Als ob überhaupt die alten Karten in derartigem Umfang zum unberechtigten Empfang medizinischer Leistungen genutzt worden wären, dass den Kassen und den Beitragszahlern insgesamt ein nennenswerter Schaden entstanden wäre.
- Als ob die Arztpraxis der richtige Ort wäre, die Identität des Patienten zweifelsfrei festzustellen.
- Als ob sichergestellt wäre, dass die Fotos tatsächlich den Versicherten zeigen.

Dennoch: Mit dieser zweifelhaften Begründung versuchen die Kassen, ihre Versicherten zu motivieren, ihre Fotos einzureichen. Dabei ist der Grund ein ganz anderer: Bei den Kassen, die bis Ende 2012 nicht 70 % ihrer Versicherten mit der neuen Karte ausgestattet haben, dürfen die Verwaltungsausgaben für 2013 gegenüber denen für 2012 nicht erhöht werden. Und das ist eine wirksame Drohung – müssten doch dann die Kassen bei sich selbst und nicht bei ihren Leistungen sparen! Ein wirksames Zwangsmittel gegen die Kassen, die bereits auf bestem Wege waren, sich aus dem Projekt zu verabschieden! Eine Anmerkung: die Privaten Krankenkassen haben sich sämtlich schon längst ausgeklinkt. Gegen sie sind – noch? – keine Sanktionen vorgesehen.

Warum übt der Gesetzgeber, real der Bundesminister für Gesundheit, einen derartigen Druck aus, um die neue Karte durchzusetzen? Viel mehr als die alte Karte kann die neue Karte doch nicht – noch nicht . Also weiter gefragt: was soll die neue Karte in Zukunft können, was sie jetzt noch nicht kann?

### **Zweite Funktion**

Was mittels der e-Card als nächstes funktionieren soll, ist das „Versichertenstammdatenmanagement“. Dagegen wehren sich die niedergelassenen Ärzte. Die auf den neuen Karten gespeicherten Stammdaten sollen aus den Arztpraxen online an die Kassen übermittelt werden und mit den dort gespeicherten Daten abgeglichen und ggf. aktualisiert werden. Zu diesem Zweck sollen die Ärzte bzw. ihr Personal Änderungen abfragen und eingeben. Das ganze Verfahren ist zugleich überflüssig und ärgerlich:

- Überflüssig, weil der Abgleich seit vielen Jahren mit einer CD ROM erfolgt, die monatlich zwischen Arztpraxen und Kassen ausgetauscht werden.
- Lästig, weil der elektronische Abgleich zwischen Arztpraxen und Kassen Rechnerkapazitäten und Zeit kosten wird und den Zeitdruck in den Praxen verstärken wird.
- Ärgerlich, weil die Kassen den Ärzten zum Zweck des Abgleichs von administrativen Daten die erforderlichen Lesegeräte finanziert haben, allerdings

nur incl. der Online-Anbindung ihrer Praxissoftware. Mittels dieser Software aber werden auch Behandlungsdaten verarbeitet. Der Verdacht liegt nahe, dass genau diese für Zugriffe geöffnet werden sollen – was für den Abgleich nicht nötig und derzeit auch gar nicht erlaubt wäre. Umso ärgerlicher ist es, dass die meisten Ärzte sich für einen Zuschuss von ein paar hundert Euro haben „verführen“ lassen, die Lesegeräte incl. Online-Anschluss zu kaufen. Die ohne hätten sie selbst bezahlen müssen, so wollte es der Gesetzgeber. Allzu deutlich wird, was eigentlich beabsichtigt ist: Der Online-Zugriff auf die Behandlungsdaten. Dazu nachher mehr

### **Dritte Funktion**

Das nächste Einsatzfeld der neuen Karte soll der auf der Karte selbst gespeicherte Notfalldatensatz sein. Auch dies wieder überflüssig und ärgerlich zugleich:

- Überflüssig, weil ein Notfallausweis aus Papier praktischer ist. Epileptiker und Diabetiker haben ihn schon jetzt dabei. Ärzte laufen doch nicht immer mit einem Lesegerät umher.
- Ärgerlich, weil nach derzeitiger Planung in dem Datensatz eigentlich alle wichtigen medizinischen Daten enthalten sein sollen. Im Notfall aber kommt es auf den Augenblick und nicht auf die Vielzahl der Daten an. Deutscher Perfektionismus oder steckt eine verborgene Absicht dahinter?

Also: Versichertenstammdatendatenmanagement und Notfalldatensatz können nicht die eigentlichen Zwecke, sondern nur Vehikel auf dem Weg zur Durchsetzung der neuen Karte sein.

Warum wird seit acht Jahren ein Projekt vorangetrieben, das

- bisher etwa 1 Mrd € gekostet hat,
- auf absehbare Zeit für die Betroffenen keinen erkennbaren Nutzen verspricht,
- den Betroffenen und den Krankenkassen durch gesetzlichen und finanziellen Zwang aufgenötigt werden muss?
- Weshalb ist das Projekt zentrales Thema der großen Player auf der Bühne der jährlichen Kongresse der Telematikindustrie?
- Weshalb hat sich das FDP-geführte Gesundheitsministerium abgekoppelt von seiner traditionellen Klientel der freiberuflichen Ärzte und treibt das Projekt mit Druck, Zwang und finanziellen Anreizen unablässig an?

### **Vierte Funktion**

Ziel ist nicht etwa, ausgehend von den praktischen Bedürfnissen die rückständige elektronische Infrastruktur im Gesundheitswesen zu modernisieren. Wenn das der Fall wäre, ginge es vorrangig darum,

- die sichere elektronische Speicherung der Behandlungsdaten bei den behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Fachberufen zu fördern und
- die Kommunikation der Krankenhäuser, Ärzte und der anderen Behandler zu verbessern.

Es ginge um deren Vernetzung untereinander, etwa durch den elektronischen Arztbrief. Zwar ist der auch Teil des Projekts, aber dazu brauchte man nicht die zentrale Speicherung der Behandlungsdaten. Die dezentrale Alternative, das Belassen der Daten, wo sie heute gespeichert werden und die elektronische Punkt-zu-Punkt-Kommunikation auf sicheren elektronischen Kanälen ist nicht ernsthaft in

Erwägung gezogen worden, geschweige denn, getestet, geschweige denn, vorangetrieben worden.

### **Fünfte Funktion**

Ziel ist es vielmehr,

- eine serverbasierte zentrale Telematikinfrastruktur auszubauen,
- auf der die möglichst vollständigen Behandlungsdaten möglichst vieler Versicherter gespeichert werden und
- diese Daten für möglichst vielfältige Auswertungen nutzbar zu machen.

Vehikel hierfür ist die fall- und einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte (ePA). Noch steht im Gesetz, dass es in der Entscheidung der Patienten steht, ob sie die ePA anlegen lassen wollen und welche Daten in ihr gespeichert werden sollen.

Eben hierfür soll die neue Karte dienen: Mit ihr sollen die Patienten steuern können,

- ob sie ihre Daten in einer ePA gespeichert haben wollen,
- welche Daten dort gespeichert werden und
- welche Ihrer Ärzte oder anderen Behandler Zugriff auf diese Daten erhalten sollen.

Aber: Erst wenn die freiwilligen Anwendungen tatsächlich umgesetzt werden, kommt es zum Spruch: Das Projekt ist darauf angewiesen, dass die übergroße Mehrheit von Ärzten und Versicherten mitmacht. Verweigern sie sich, gerät die Kosten-Nutzen-Bilanz in Schiefelage. Sollte also die Zahl der Verweigerer für den Erfolg des Projekts relevant hoch sein, wird umgehend die Forderung gestellt werden, das Gesetz eben zu ändern und freiwillige Anwendungen in Pflichtenwendungen umzuwandeln. Wie schnell und geräuschlos das über die Bühne gehen kann, hat die Geschichte des § 291a SGB V hinreichend gezeigt. In meinem Beitrag zu dem hier ausliegenden Buch „Digitalisierte Patienten – verkaufte Krankheiten“ des Komitees für Grundrechte und Demokratie habe ich das ausführlich geschildert.

Ziel der „Aktion-stoppt-die-e-Card“ und des Komitees für Grundrechte und Demokratie ist es, genau dies zu verhindern. Wir versuchen, eine kritische Öffentlichkeit und bei möglichst vielen Ärzten und Versicherten ein widerständiges Bewusstsein zu bewirken. Das ist deshalb schwierig, weil

- das Projekt e-Card kompliziert ist,
- es unter einem falschen Titel, dem der e-Card, firmiert,
- es in realiter aber um die zentralistische Telematikinfrastruktur (zTI) und die serverbasierte Speicherung von Behandlungsdaten geht,
- die e-Card derzeit nur vermeintlich harmlose Anwendungen ermöglicht und
- die Politik, die Gematik und die Kassen die Bevölkerung nicht informieren, sondern ihr Sand in die Augen streuen.

Warum aber sind Anwendungen wie die elektronische Patientenakte nicht harmlos?

### **C Die elektronische Patientenakte – Baustein für „Managed Care“ – die Gesundheitsökonomie der Zukunft**

Die serverbasierte Speicherung möglichst vollständiger einrichtungs- und fallübergreifender Behandlungsdokumentationen möglichst vieler – aller –

Versicherten schafft einen gigantischen Datenpool, der Anreiz zur Auswertung und Nutzung zu vielfältigen Zwecken bietet.

- Die Verfügbarkeit der Behandlungsdaten im Netz ist Voraussetzung für die Realisierung einer verhängnisvollen Zukunftsperspektive: Nach den Vorstellungen der Gesundheitsbürokratie, der Medizinindustrie und der Klinikkonzerne gehört der „Managed Care“ die Zukunft und nicht einzelnen niedergelassenen Ärzten. Nach einheitlichen „oben“ festgelegten Richtlinien soll die Behandlung standardisiert werden, die Mit- und Nachbehandler sollen miteinander vernetzt sein. Die Akteure stellen sich vor, dass ein Klinikkonzern oder eine Health-Management-Gesellschaft von einer Krankenkasse oder einem Kassenverband beauftragt werden, komplett die Versorgung z.B. der Versicherten in einer PLZ-Region oder z.B. aller Dialyse-Patienten in einem Bundesland zu übernehmen. Und der Billigste erhält den Auftrag.
- Gegen „integrierte Versorgung“, bei der die beteiligten Ärzte und Kliniken kooperieren und kommunizieren, wäre sicher nichts einzuwenden. Aber: Anders verhält es sich mit einer von „oben“ zentral gesteuerten kommerziell ausgerichteten Versorgung. Zugleich treiben dieselben Akteure die Telemedizin voran, mit der ärztliche und pflegerische Leistungen durch Apparate und Call-Center verdrängt werden sollen.
- Die heute weitgehend durch Drittmittel finanzierte Großforschung strebt den Zugriff auf die zentral gespeicherten Behandlungsdaten an. Als Beispiel sei nur genannt das europäische Projekt „Electronic Health Records for Clinical Research (EHR4CR)“, das bis 2014 eine Technologieplattform entwickeln will, um geeignete „Studienpatienten“ zu identifizieren und die ePA „nahtlos“! in bestehende Forschungsplattformen und Netzwerke des Gesundheitswesens zu integrieren, u.a. mit der Aufgabe, Empfehlungen zu erarbeiten, wie das – noch – stark voneinander abweichende Datenschutzrecht vereinheitlicht und wie ich vermute, das zu strenge deutsche Recht abgeschwächt werden kann.
- Zudem ist immer wieder von den ominösen „Mehrwertdiensten“ die Rede, deren Realisierung anzustreben sei. Diese „Mehrwertdienste“ können wissenschaftlichen oder kommerziellen Zwecken dienen, aber auch von den Organen der inneren oder äußeren Sicherheit vorangetrieben werden. Im Zeitalter von Banken- und Finanzkrisen, globalen Flüchtlingsströmen, fundamentalistischen Terrors, der Nutzung von Atomenergie und drohender Klimakatastrophe kann man hier einiges imaginieren, ohne sich den berechtigten Vorwurf machen lassen zu müssen, hysterisch zu sein.
- Trotz Autorisierung patientenbezogener Zugriffe ausschließlich über die eGK und die HPC, trotz angeblich sicherer Abschottung der Server und trotz Verschlüsselung und Pseudonymisierung des Patientenbezugs der Daten auf den Servern spricht alle Erfahrung der letzten Jahre dafür, dass es Hackern bzw. Kriminellen gelingen kann und wird, auf den attraktiven wie sensiblen Datenpool zuzugreifen.
- Die Ärzte sind bereits jetzt gezwungen, zu Abrechnungszwecken und im Rahmen der „Disease Management Projects“ Patientendaten in großem Umfang zu codieren, in vorgegebene Formate zu pressen und an die jeweiligen

Krankenkassen zu übermitteln. Mit der ePA aber werden das ärztliche Berufsgeheimnis und die persönliche Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patienten vollends ausgehebelt.

- Das Gespräch zwischen dem Patienten und seinem Arzt wird nicht mehr ausschließlich um Diagnose und Therapie – bereits heute „angereichert“ um die Frage, welche Leistung die Kasse honoriert - gehen, sondern künftig auch darum, ob der Arzt eine ePA anlegen soll oder darf, vor allem aber darum, welche Daten er in ihr speichern soll, welche Daten er wem übermitteln darf und schließlich auch darum, welche Daten er löschen soll. Dies wird Zeit kosten, die der Arzt nicht hat, und Kraft kosten, die der Patient selten haben dürfte. Entwickelt der Patient hier eigene Vorstellungen, die von denen des Arztes abweichen, dürfte dies ihr Vertrauensverhältnis und den Erfolg der Behandlung nicht gerade fördern. Wie bereits oben angeführt, kann dies dazu führen, dass die Ärzte und gar auch die Patienten dafür plädieren, die Rechte der Letzteren einzuschränken oder gar zu streichen.
- Zudem wird, so die ePA angelegt ist, der Arzt in Zukunft zunächst diese studieren, bevor er sich das Anliegen seines Patienten anhört. Die ePA schiebt sich sozusagen zwischen Arzt und Patienten.
- Patienten und ihre Ärzte werden künftig im Hinterkopf haben, dass die Behandlungsdaten zentral gespeichert und auswertbar sein werden. Dies wird auf Dauer sich auf ihr Verhalten auswirken. Fraglich ist, ob das sich zum Besten der Patienten auswirken wird. Ich befürchte, dass es den Druck zur Anpassung an von oben aus der Gesundheitsbürokratie und von der Gesundheitsökonomie vorgegebenen Verhaltensmuster verstärken wird
- Moderne Herrschaft kommt weitgehend ohne physischen Zwang aus, sondern regiert über sanfte mentale Nötigung, schlimmstenfalls über finanzielle Boni oder Sanktionen. Michel Foucault hat die Wirkung auf die modernen Untertanen als „gouvernementalité“ bezeichnet. Oliver Decker von der Universität Leipzig hat daraus die Grundlage seiner Kritik an der eGK gewonnen<sup>1</sup>. Hans Magnus Enzensberger hat in einem Spiegel-Essay<sup>2</sup> sowohl den „Neusprech“ (Gesundheitskarte statt elektronischer Krankenakte) kritisiert, als auch die „freiwillige Knechtschaft“ des modernen Untertanen und Netzbürgers aufgespießt.

Die Frage ist, warum neue Karte und Telematikinfrastruktur nicht längst Gegenstand heftiger parlamentarischen und medialen Streits sind und nur sporadisch, dann allerdings auch durchaus kritisch, in den Medien erörtert werden. Drei Gründe:

- Derzeit kann die neue Karte noch nicht mehr als die alte.
- Die Materie ist höchst komplex.
- CDU/CSU, SPD, FDP, die Bundestagsfraktion der Grünen und der Bundesdatenschutzbeauftragte unterstützen das Projekt.

---

<sup>1</sup> Oliver Decker, „Alles auf eine Karte setzen: Elektronisches Regieren und die Gesundheitskarte“, Psychotherapeutenjournal 4/2005, S. 338-347

<sup>2</sup> Hans Magnus Enzensberger, „Armer Orwell!“, Der Spiegel 13/2012, S. 142,143

## D Fotos verweigern?

Ich hoffe, Sie motiviert zu haben, sich dem Ansinnen ihrer Krankenkasse, ihr ein Foto für die neue Karte einzuschicken, zu verweigern. Falls Sie diesem Gedanken nähertreten wollen, was sollten Sie bedenken?

1. Wenn überhaupt Ihre Kasse Sie deshalb schon angeschrieben hat, hat sie Ihnen mit ziemlicher Sicherheit keinen verbindlichen Bescheid mit der Androhung von Sanktionen bei Nichtbeachtung zugestellt. Und dies nicht ohne Grund. Zum einen versucht sie ja zu suggerieren, dass die neue Karte völlig harmlos ist und sie lediglich davor bewahren will, bei ihrem Verlust finanziellen Schaden zu nehmen. Zum anderen wissen die Kassen sehr wohl, dass für Sanktionen die Rechtsgrundlage fehlen würde. In den einschlägigen Gesetzen fehlt eine Verpflichtung zur Einsendung eines Fotos. Bislang ist auch nicht die Forderung nach Gesetzesänderung laut geworden, wird doch behauptet, die überwiegende Mehrzahl der Versicherten begrüße die neue Karte und werde ohne weiteres ihr Foto einsenden.
2. Solange Ihre alte Krankenversichertenkarte gültig ist, brauchen Sie sich ohnehin keine Sorgen zu machen. Sie können die Karte weiterhin in den Arztpraxen vorlegen. Solange nicht alle Versicherten ausschließlich die neue Karte haben oder vorlegen, können die alten Karten dort auch eingelesen werden.
3. Nach Ablauf der Geltung Ihrer alten Karte bleiben Sie auch ohne gültige Karte, sei sie alt oder neu, krankenversichert. In diesem Fall greift das sogenannte Ersatzverfahren. Sie müssen sich vor Ihrem ersten Arztbesuch im Quartal bei Ihrer Kasse einen Krankenschein besorgen. Weitere Arztbesuche können Sie dann mit Überweisungen organisieren.
4. Die Kassen gehen – wohl um die Quote von 70% irgendwie zu erfüllen – z.T. dazu über, die neue Karte einfach ohne Foto zu verschicken. Sie können diese Karte benutzen, müssen es aber nicht.
5. Falls Sie irgendein, aber nicht Ihr Foto einsenden, ist es fraglich, ob bzw. wie die Kasse das feststellt und das Foto zurückweist. Ein gesichertes Verfahren hierfür existiert nicht. Anders als etwa beim Personalausweis ist bei der e-Card also nicht sichergestellt, dass Name und Foto derselben Person zuzuordnen sind. Dies stellt einen Verstoß gegen den Datenschutz dar: die Kassen sind verantwortlich dafür, dass die Daten, die sie verarbeiten, richtig sind und haben die organisatorischen und technischen Vorkehrungen zu treffen, um dies sicherzustellen.
6. Jüngst wurde in den Medien über den Trend berichtet, Fotos von Promis wie Brad Pitt, Dark Vather, Madonna oder anderen einzusenden. Sie können sich natürlich auch diesen Spaß machen und abwarten, wie Ihre Kasse reagiert.
7. Nach meiner Erfahrung reagieren viele angeschriebene Versicherte überhaupt nicht ihrer Kasse gegenüber und werden erst einmal in Ruhe gelassen. Ich persönlich würde Ihnen jedoch empfehlen zu reagieren: Das macht den Kassen Arbeit und dokumentiert, dass es Widerstand gibt.

8. Sie können z.B. den hier ausliegende Flyer von foebud verwenden. Sie zeigen ihrer Kasse damit, dass Sie die neue Karte ablehnen und können zugleich foebud davon benachrichtigen, an deren Kampagne teilnehmen und an weitere Informationen gelangen. Anfang Juni waren bei foebud bereits 1.000 „Widersprecher“ gespeichert, vielleicht noch nicht viel, aber ein Anfang.
9. Sie können aber auch verlangen, dass Ihre Kasse Ihnen einen formellen Bescheid mit Rechtsmittelbelehrung ausstellt. Dagegen könnten Sie dann Widerspruch einlegen und gegen dessen Ablehnung beim Sozialgericht klagen. Sie könnten die Aufhebung des Bescheids verlangen. Auf der website [www.liste-neuanfang.org/widerspruch.php](http://www.liste-neuanfang.org/widerspruch.php) finden Sie eine genaue Anleitung, wie Sie dabei vorgehen können. Auch die website [www.aktion-stoppt-die-e-card.de](http://www.aktion-stoppt-die-e-card.de) stellt Ihnen Textbausteine zur Verfügung. Widerspruchs- und Sozialgerichtsverfahren sind kostenfrei. Einen Anwalt brauchen Sie nicht zu bestellen.
10. Wie in dem ersten Verfahren dieser Art in erster Instanz bereits geschehen, wird die Klage mit hoher Sicherheit abgewiesen werden. Begründung: Die neue Karte könne ja nicht mehr als die alte. Deshalb sei der Kläger/die Klägerin nicht beschwert. Was einmal kommen solle, sei unerheblich. Sie können dann in der Berufung das Landessozialgericht anrufen. Auch das wird voraussichtlich Ihre Klage abweisen
11. Hiergegen wiederum können Sie Beschwerde beim Bundesverfassungsgericht einlegen. Durch die erfolglosen Klagen vor den Sozialgerichten hätten Sie, wie hierfür verlangt, den Rechtsweg ausgeschöpft. Der Berliner Rechtsanwalt Jan Kuhlmann strebt genau dies in einem Pilotverfahren an. Er argumentiert damit, dass die zentrale Speicherung der Behandlungsdaten gegen das Recht auf informationelle Selbstbestimmung verstößt. Seine Begründung könnte so lauten: Ist die ePA erst einmal freigeschaltet, sind Sie für einen Arzt, den Sie erstmals aufsuchen, kein unbeschriebenes Blatt mehr: Sollten Sie die Funktion ePA gar nicht nutzen wollen oder dem Arzt die Einsicht nicht zugestehen, so wird das sein Misstrauen erwecken: Haben Sie etwas zu verbergen oder etwa kein Vertrauen zu ihm? Vielleicht aber schalten Sie die Speicherung von Behandlungsdaten in der ePA frei und gestatten dem Arzt den Zugriff, waren Sie wirklich frei in Ihren Entscheidungen? Oder haben Sie nur einem tatsächlichen oder fiktiven „Offenbarungsdruck“ nachgegeben?
12. Ich habe Ihnen verschiedene Handlungsoptionen gezeigt und Ihnen hoffentlich Angst genommen oder besser noch Mut gemacht. Nur: Ganz ohne Unbequemlichkeiten und Risiken geht es nicht. Protest ohne jedes Risiko ist unwirksamer Protest.

## **Résumé**

Aber: Über Erfolg oder Misserfolg des Projekts wird erst entschieden, wenn Ärzte und Patienten aufgefordert werden, sich zur elektronischen Patientenakte (ePA) zu verhalten. Werden die Ärzte ihren Patienten zu- oder abraten? Werden die Patienten die Einrichtung dieser Funktion freigeben oder verweigern? Darauf wird es ankommen. Mit der Aufforderung, ihre Fotos einzusenden, werden die Versicherten erst einmal getestet. Dieser Test ist wichtig, aber noch nicht entscheidend.