

# Dichtung und Wahrheit: Die elektronische Gesundheitskarte

## *Fact and Fancy: the Electronic Health Card*

Bernd Hontschik<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** Mit einem kurzen Exkurs zur Entstehungsgeschichte und der Situation im europäischen Ausland wird der Sinn der elektronischen Gesundheitskarte in ihrer jetzigen Form infrage gestellt. Abgesehen von potenziellen Milliardenprofitten für bestimmte „Mitspieler“ wird kein Arzt besser arbeiten können und kein Patient gesünder oder länger leben. Grundlegendes Prinzip einer sinnvollen elektronischen Verarbeitung von Patientendaten muss die völlige Freiwilligkeit der Teilnahme von Arzt und Patient und die Verwendung höchster Sicherheitsstandards sein.

**Summary:**

After a short excursion into its history and the situation in other European countries the aim and the planned use of the electronic health card is challenged. Besides potential profits in billions of Euros for certain market players no doctor will improve his work and no patient will be healthier or live longer. Basic principle of a meaningful electronic processing of patient data must be the completely voluntary participation of doctor and patient and the use of highest safety standards.

**Schlüsselwörter:** Elektronische Gesundheitskarte, Rezept, Patientendaten, Missbrauch

**Keywords:** Electronic health card, prescription, patient data, misuse

### **Dichtung**

„Die elektronische Gesundheitskarte wird eingeführt, um die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Sie dient zunächst – wie die bisherige Krankenversichertenkarte auch – als Versicherungsnachweis und berechtigt zur Inanspruchnahme von vertragsärztlichen Leistungen. Sie enthält jedoch im Gegensatz zur Krankenversichertenkarte keinen einfachen Speicherchip, sondern ist mit einem Mikroprozessorchip ausgestattet. Dieser Mikroprozessorchip ermöglicht es, dass die elektronische Gesundheitskarte nach und nach neue Funktionen erhält, die weit über die Möglichkeiten der alten Krankenversichertenkarte hinausgehen.“

So steht es auf der Homepage des Bundesgesundheitsministeriums.

Wesentliche neue Funktionen sind:

- die Einführung einer 10-stelligen Krankenversicherungsnummer des Versicherten,
- die Online-Überprüfung der Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse,

- der Ersatz des Papierrezepts durch das elektronische Rezept,
- freiwillige Anwendungen (z. B. Notfalldaten, Arzneimitteldokumentation, elektronische Patientenakte), wobei die medizinischen Daten PIN-geschützt sind.

Die gespeicherten Informationen können nur gelesen werden, wenn Patient und Arzt dem zustimmen und gleichzeitig die Gesundheitskarte und den elektronischen Heilberufsausweis einsetzen (Zwei-Schlüssel-Prinzip).

Wenn man dann noch hört, dass

- die lebensrettenden Notfalldaten auf der Karte zu finden sein werden,
  - keine lebensgefährlichen Arzneimittelinteraktionen mehr vorkommen können,
  - es keine teuren Doppeluntersuchungen mehr geben wird,
  - unmittelbar auf alle nur denkbaren medizinischen Daten zugegriffen werden kann, und
  - durch das integrierte Foto der Kartenmissbrauch ein Ende haben wird,
- muss man sich auf die Einführung der elektronischen „Gesundheits“-Karte einfach freuen.

### **Wahrheit**

Leider ist das Gegenteil der Fall. Jüngst hat der Deutsche Ärztetag zum dritten Mal hintereinander die Einführung der elektronischen „Gesundheits“-Karte mit großer Mehrheit abgelehnt bzw. an Bedingungen geknüpft, die den Vorstellungen der Politik und der Betreiber diametral zuwiderlaufen. Die Funktionäre der deutschen Ärzteschaft sind aber inzwischen so weit in das Projekt eingestiegen und eingebunden, dass sie diese Beschlüsse entweder einfach ignorieren (wie die Bundesärztekammer in den letzten Jahren) oder – vom Widerstand entnervt – das Handtuch werfen (wie die Spitze der KV Nordrhein im Juni diesen Jahres).

Zu den Hauptgründen für die ablehnende Haltung der Mehrheit der deutschen Ärzteschaft gehören neben der bedrückenden Gigantomanie des Projekts insbesondere die vorgesehenen zentralen Server zur Speicherung der Gesundheitsdaten sowie die fehlende Freiwilligkeit der Teilnahme von Patient und Arzt. Auch die zunehmenden Befürchtungen über den „gläsernen Menschen“, die Bspitzelung am Arbeits-

<sup>1</sup> Facharzt für Chirurgie, Frankfurt a.M.

Peer reviewed article eingereicht: 27.05.2009, akzeptiert: 12.06.2009

DOI

platz und beim Telefonieren, die Vorratsdatenspeicherung, der Missbrauch von Kreditkartendaten, Mautdaten, Paybackdaten usw. spielen bei der Ablehnung eine Rolle. Der Überwachungsstaat steht im Raum.

## Scheinargumente

Zudem erkennt man bei genauer Betrachtung der vermeintlichen Vorteile der elektronischen „Gesundheits“-Karte, dass es sich nur um vorgeschobene Argumente handeln kann, die einer Überprüfung nicht standhalten.

„Lebensrettende Notfalldaten“ gibt es nicht. Daten retten kein Leben. Hier ist aber gemeint, dass sich der Notarzt per Kartenlesegerät blitzschnell ein Bild über den Patienten machen kann. In mehr als 10 Jahren auf dem Notarztwagen kann ich mich an keinen einzigen Fall erinnern, wo mir eine Reanimation oder ein Noteingriff besser von der Hand gegangen wäre, wenn ich erst einmal in Ruhe die Patientendaten auf dem Bildschirm studieren hätte können.

Die leidigen „Doppeluntersuchungen“ verursachen bei Regelleistungsvolumina in der Praxis und DRGs im Krankenhaus nur dem Verordner Kosten, generieren diesem aber weder Umsatz noch Gewinn.

Bleibt der „Kartenmissbrauch“: Die Kosten durch betrügerischen Gebrauch von Versichertenkarten liegen nach verbindlichen Schätzungen weit unter den Kosten der Foto-Applikation auf der elektronischen „Gesundheits“-Karte. Keine Bank, kein Kreditkartenunternehmen versieht ihre Karten mit Fotos: dort kann man eben rechnen!

Zum Schluß noch ein Wort zum „papierlosen Rezept“. Ist es wirklich nachvollziehbar, ein Projektvolumen von mehreren Milliarden Euro mit dem Risiko des Scheiterns, unter Störung oder Zerstörung des Arztgeheimnisses, mit einer veralteten zentralisierten Servertechnologie in diese Republik zu zwingen, nur um einige Millionen Euro Papier-, Druck- und Rechnungskosten beim Rezept zu sparen?

## Entwicklungen im Ausland

Das Ganze ist darüber hinaus kein nationales, kein deutsches Projekt. Es ist eng

verknüpft mit Vorgaben der Europäischen Union und der Weltgesundheitsorganisation. Im Oktober vergangenen Jahres trug der E-Health-Koordinator der WHO, Yunkap Kwankam aus Kamerun, auf einer Informatikertagung in Wien allen Ernstes vor, dass sich die Gesundheitsversorgung und der Gesundheitszustand der Bevölkerung armer Länder in Afrika und Lateinamerika mit E-Health-Technik wesentlich einfacher verbessern ließe als ohne. Die WHO scheint die feste Absicht zu haben, diese Entwicklung mit viel Geld voranzutreiben. Die Bestrebungen in Europa zielen auf die „Europäische Krankenversicherungskarte“; diese sind derzeit allerdings noch mehr als disparat.

In *Dänemark* haben sich rund zwei Millionen Bürger in ein Gesundheitsportal eingetragen, in dem auch elektronische Patientenakten angelegt sind. In den Niederlanden wird die E-Medikation praktiziert, die für die Heilberufler dort obligatorisch ist und (auf der Basis einer Arzneimitteldokumentation im Hintergrund) ein elektronisches Rezept generiert. Eine elektronische Patientenakte ist in Vorbereitung. Eine „Gesundheits“-Karte haben die Patienten dort nicht, sie identifizieren sich mit einer Stammmummer.

In *Österreich* wurde schon im Mai 2005 mit der Ausgabe der elektronischen „Gesundheits“-Karte begonnen, die das elektronische Rezept beinhaltet. Patienten müssen sich beim Arztbesuch damit identifizieren; die Krankenkasse weiß lange vor dem Arzt, wer in seinem Sprechzimmer sitzt. Ziel des österreichischen Projekts ist die ELGA, die elektronische Gesundheitsakte.

In der *Schweiz* werden kantonale unterschiedliche Wege ausprobiert. Die Carta Sanitaria ist im Tessin als Netzwerk mit Kartenzugang konzipiert; in Genf wird das Klinikinformationssystem der Universitätsklinik als Keimzelle eines regionalen Gesundheitsnetzwerkes geplant. Natürlich soll auch diese Karte schlussendlich mit der „Europäischen Krankenversicherungskarte“ kompatibel sein.

In *Slowenien* wurde bereits 2004 mit der Anwendung der „Gesundheits“-Karte begonnen; das Konzept gleicht dem deutschen.

In *Frankreich* begann die flächendeckende Ausgabe der Carte vitale bereits 1998. Diese enthielt anfangs nur

die administrativen Daten, aber das Projekt Carte vitale 2 mit medizinischen Daten, Notfallsätzen und E-Rezept ist in vollem Ausbau.

In *Italien* begann die Lombardei im April 2005 mit einer eher multifunktionalen, administrativ orientierten Karte, die z. B. auch für Bankgeschäfte nutzbar sein soll. In Spanien besteht bereits seit 2004 für alle berechtigten Mitarbeiter des Gesundheitswesens ein Online-Zugriff auf die elektronischen Krankenhausakten und auf das nationale Impfgeregister.

In *Großbritannien* baut der National Health Service ein eigenes Breitbandnetzwerk (NHS Spine) auf, um E-Rezept, elektronischen Arztbrief, elektronische Terminvereinbarung und elektronische Patientenakte für 50 Millionen Bürger zu realisieren.

Möglicherweise sind einige dieser Informationen inzwischen schon wieder veraltet. In einigen Ländern läuft die Digitalisierung der Humanmedizin eher geräuschlos und rasch über die Bühne. In anderen Ländern ist der Widerstand groß, es kommt zu Verzögerungen. Zu diesen Ländern zählt Deutschland. Es wäre zu umfangreich, die politischen Aktionen und Abläufe in den verschiedenen europäischen Ländern detailliert schildern zu wollen, aber eines wird in allen Ländern immer wieder deutlich: Es handelt sich um gigantische Projekte, um riesige Finanzvolumina – um eine rein technische Modernisierung, bei der ärztliche Grundsätze und Lebenswelten von Patienten keinerlei Rolle spielen.

## E-Health und Gesundheit

Im Zusammenhang mit der elektronischen „Gesundheits“-Karte fällt immer wieder der Begriff *E-Health*. Schon dieser Begriff macht nachdenklich. Health heißt Gesundheit, und wer sich wirklich mit Gesundheit auseinandersetzen will, kommt vom utopischen Gesundheitsbegriff der WHO (völliges körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden) unweigerlich zu philosophischen Fragestellungen des Menschenbildes, zum Paradigma der Humanmedizin. Er wird sich auch mit dem radikalen Konstruktivismus beschäftigen müssen, wird die „verborgene Gesundheit“ von Gadamer kennenlernen und wird auf jeden Fall damit konfrontiert, dass zentra-

le Fragen des menschlichen Lebens und Zusammenlebens angesprochen sind.

Was aber ist E-Health? Es ist ein Begriff aus der Technik; der elektronischen Informations- und Kommunikationstechnik. Technische Systeme sind grundsätzlich zweigliedrig, sie arbeiten nach dem Prinzip von Ursache und Wirkung. Auf eine Ursache folgt eine Wirkung, auf die gleiche Ursache folgt immer die gleiche Wirkung. Das ist das allgemein gültige Grundprinzip der Technik, der „trivialen Maschinen“. Lebewesen lassen sich aber so nicht verstehen. Lebende Systeme sind nur gemeinsam mit der Welt und Umwelt verstehbar, in der sie leben und überleben. Lebende Systeme sind in ihrem Kern dreigliedrig, sie sind „nicht trivial“. Zwischen Ursache und Wirkung findet immer der Vorgang der Bedeutungserteilung statt. Zwar folgt auch hier auf eine Ursache eine Wirkung – jedoch auf immer die gleiche Ursache immer eine andere Wirkung (je nach Zustand des Lebewesens und je nach Zustand der Einheit, die dieses einzigartige, individuelle Lebewesen gerade mit seiner Umwelt einnimmt, ehe es zu einer einmaligen und nicht wiederholbaren Wirkung kommt). Das ist das individuelle Grundprinzip des Lebens.

Die Konflikte zwischen Elektronik und Humanmedizin resultieren daraus, dass ein zweigliedriges, technisches System in ein dreigliedriges, lebendiges System einbricht und sich zur normativen Kraft entwickelt, wobei das individuelle Prinzip des Heilens, die Arzt-Patient-Beziehung, unter die Räder kommt.

### Paradigmenwechsel

Betrachtet man die Entwicklung der elektronischen Technik in den letzten Jahrzehnten, so kann man den entscheidenden Bruch an der Stelle lokalisieren, wo die Elektronik und die Digitalisierung nicht mehr zur Hilfe für die heilenden Berufe und ihre Patienten angewandt werden, sondern sich zu einem eigenständigen und normativen Konzept aufschwingen, dem sich die Humanmedizin unterzuordnen hat. Dieser entscheidende Bruch findet in dem Moment statt, wo segensreiche E-Health-Anwendungen (Beispiel: digitales Röntgen) zu erzwungenen Online-Anbindungen übergehen. Das Ganze findet aber nicht im luftleeren Raum, sondern im Kontext statt.

#### Dr. med. Bernd Hontschik ...

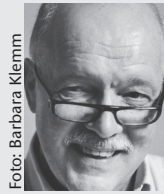


Foto: Barbara Klemm

... geboren 1952 in Graz, ist Chirurg in Frankfurt am Main. Abitur und Medizinstudium in Frankfurt a.M. 1978 Beginn der chirurgischen Ausbildung, 1987 Promotion über die „Theorie und Praxis der Appendektomie“, die als Buch veröffentlicht und 1989 mit dem Roemer-Preis des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin ausgezeichnet wurde. Bis 1991 Oberarzt an der Chirurgischen Klinik des Städtischen Krankenhauses

Frankfurt/Main-Höchst, seitdem in der Frankfurter Innenstadt niedergelassen in einer chirurgischen Praxis und ambulantem OP-Zentrum. Er ist u. a. Vorstandsmitglied der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin, Herausgeber der Taschenbuchreihe „medizinHuman“ im Suhrkamp Verlag und schreibt nach zahlreichen Veröffentlichungen in Büchern und Zeitschriften eine regelmäßige Kolumne in einer Frankfurter Tageszeitung.

In der Humanmedizin ist das ein fundamentaler Paradigmenwechsel, ein Zerstörungsprozess: Es entsteht eine Gesundheitsindustrie nach amerikanischem Vorbild. Unsere Gesellschaft benutzt nicht länger ihren Reichtum, um für die Gesundheit ihrer Mitglieder zu sorgen, sondern wandelt das Gesundheitswesen in eine neue Quelle von Reichtum um. Zu diesem Zweck werden technisch-organisatorische Hilfsmittel benötigt. Dazu gehört zum Beispiel der ICD (International Classification of Diseases), der Ärzte seit Jahren schon dazu zwingt, ihre Diagnosen so lange umzuformulieren, bis sie zu einer 5-stelligen ICD-Ziffer passen. Qualitätsmanagement rollt über Krankenhäuser und Praxen hinweg, ein Verfahren aus der Automobilindustrie zur Überprüfung und Optimierung der Fertigungsprozesse von Werkstücken. Dazu kommen Disease-Management-Programme, bei denen nicht mehr der Kranke Gegenstand der Heilkunst ist, sondern die Krankheit (Diagnose) Gegenstand eines Programms. Mit der Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) in den Krankenhäusern geschieht das gleiche, dort wird inzwischen gelogen und betrogen, um noch eine und noch eine zusätzliche Erkrankung chiffrieren zu können, damit das Krankenhaus ausreichende Einnahmen hat.

Das aktuellste und gefährlichste Teilstück dieses Zerstörungsprozesses ist und bleibt die elektronische „Gesundheits“-Karte, die mit Gesundheit gar nichts zu tun hat.

### Ein Fazit

Ein wenige Jahre altes technisches System schwingt sich mit Unterstützung

von Politik auf allen Ebenen, bis hin zur EU und WHO, und im Interesse einer großen Industrie dazu auf, die jahrtausende alte Heilkunst in den Griff zu bekommen und zu steuern. Kein Arzt wird dadurch besser arbeiten können. Kein Patient wird dadurch gesünder oder länger leben. Aber es können Milliarden damit verdient werden. E-Health könnte ein Segen sein und bleiben: in der Hand von Ärzten, deren Informationspool vergrößert und deren professionelle Kommunikationsmöglichkeiten verbessert werden. E-Health droht aber, sich zu einem destruktiven Prinzip zu entwickeln, weil es

- Daten mit Information verwechselt,
- Information mit Kommunikation verwechselt,
- die ärztliche Schweigepflicht mit Füßen tritt,
- die individuelle, ja intime Arzt-Patient-Beziehung durch Online-Anbindungen ihrer Individualität und Intimität beraubt und
- die medizinischen Daten in die Hände von Technokraten übergibt, die in Krankenkassen, Versicherungsunternehmen, Behörden und Ministerien nicht zu kontrollieren sein werden.

Die daraus resultierenden Forderungen sind sehr einfach: Der technische Fortschritt der elektronischen Datenverarbeitung und der Online-Anbindungen muss für die Humanmedizin, für das Wohl der Kranken nutzbar gemacht werden. Grundlegendes Prinzip muss dabei die völlige Freiwilligkeit der Teilnahme von Arzt und Patient sein. Eine zentrale Speicherung von Daten (Server-Konzept) ist nicht vorgesehen. Es muss ein Netzwerk angeboten werden, in das sich Ärzte (und möglicherweise auch andere Heilbe-

rufner) unter Verwendung höchster Sicherheitsstandards einwählen können, um medizinische Informationen auszutauschen (Point-to-Point-Konzept).

Weitere Informationen u. a. auf:  
<http://www.bmg.bund.de>  
<http://www.stoppt-die-e-card.de>  
<http://www.initiative-elga.at>

**Interessenkonflikte:** Keine angegeben.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Bernd Hontschik  
Facharzt für Chirurgie  
Zeil 57 (Konstablerwache)  
60313 Frankfurt am Main  
E-Mail: [chirurg@hontschik.de](mailto:chirurg@hontschik.de)  
[www.medizinHuman.de](http://www.medizinHuman.de)