

Mein Name ist Silke Lüder, ich bin seit 20 Jahren Ärztin in Hamburg, erst im Krankenhaus, dann niedergelassene Allgemeinärztin ..

Unser Thema ist heute Abend:

Ärztliches Selbstverständnis unter den Bedingungen von E-Health und Gesundheitsmarkt.

Da Hagen Kühn zu meinem großen Bedauern heute Abend nicht sprechen kann, will ich kurz mit dem Gesundheitsmarkt anfangen.

Wir leben in Deutschland nicht im luftleeren Raum. Alle gesundheitspolitischen Veränderungen der letzten 10 Jahre sind im internationalen Kontext einer globalisierten Weltwirtschaft und einer europäischen Gesundheitspolitik zu sehen.

Hagen Kühn hat als Leiter der „Publik Health“ Abteilung des Wissenschaftszentrums Berlin lange in den USA geforscht und die Veränderungen im dortigen Gesundheitswesen untersucht.

Ich beziehe mich auf seine Arbeiten über „Managed Care“ in den USA und über den geplanten „Wettbewerb im Gesundheitswesen, in der Bundesrepublik Deutschland, veröffentlicht vom Wissenschaftszentrum Berlin.

Zitat „... was hierzulande derzeit unter der Bezeichnung „Managed Care“ aus den USA bekannt wurde, steht ohne Übertreibung für die Umwälzung des Systems der medizinischen Versorgung in den USA.

Das entscheidend Neue der Managed Care Medizin liegt in der **Tendenz, die medizinischen Entscheidungen mehr und mehr dem Arzt zu entziehen und auf das betriebswirtschaftliche Management zu übertragen.**

Zum Beispiel bittet der Arzt beim Kostenträger um Genehmigung einer Gallenblasenoperation. Er wird dann vom Callcenter gefragt, ob der Patient unter Übelkeit leidet, wie häufig, welche Ergebnisse die Ultraschalluntersuchung hatte und ob abnormale Leberfunktionswerte vorliegen. Ein Versicherungsangestellter entscheidet dann auf der Grundlage der Antworten, ob die Maßnahme notwendig ist.

Im Kern steht dabei die Tendenz, die man unter dem Begriff der **Verbetrieblichung medizinischer Arbeit** fassen kann:

zunehmende Standardisierung,
höhere Arbeitsteiligkeit und Integration,
formalisierte Kontrolle und Steuerung durch ein Management und nicht zuletzt
die **Bürokratisierung und tendenzielle Deprofessionalisierung.**

Eine oft übersehene Folge dieser Tendenz ist die **Kommerzialisierung**, bei dem - historisch erstmals - die unmittelbare **medizinische Versorgung zur attraktiven Anlagesphäre** für privates Kapital wird.

Welche Bedeutung hat da noch die **Arzt-Patienten Beziehung**, in der sich die Leistungsfähigkeit des Systems letztlich äußert?

Die Elemente der managed care Medizin wie Dr. Gatekeeper, also der Primärarzt, und des Case-managers (Fallmanager im Auftrage der Versicherung) werden von Hagen Kühn einer differenzierten Betrachtung unterzogen. **Ein stark an die profitorientierte Krankenkasse angebundener und kontrollierter Gate-Keeper hat auch in den USA nicht mehr die Rolle eines empathischen Hausarztes.** Und die Case Manager der Krankenkassen, die ja auch in unserem Land in Mode kommen werden, auch die haben eindeutig 2 Seiten: **Ist eine Behandlung, die der case manager für nicht medizinisch erforderlich hält, wirklich sinnlos oder einfach nur für das Unternehmen zu teuer?**

Die Health Maintenance Organisations in den USA besorgen sich ihr Risikokapital an der Wall Street. Im Unterschied zu unseren deutschen Krankenversicherungen sind sie profitorientiert, das Risikokapital braucht Gewinne, und das Gesundheitswesen ist dort komplett umgestaltet worden.

Es ist in diesem Zusammenhang massiv teurer geworden, große Studien, veröffentlicht im NEJ of Medicine, haben belegt, dass vor allem die Verwaltungskosten deutlich gestiegen sind. (Woolhandler et al)

Nun kommt diese Entwicklung mit Verzögerung in unser Land

Am 15.2.2007 ist das **Wettbewerbsstärkungsgesetz** im Bundesrat verabschiedet worden.

Zusammen mit dem **Vertragsarztrechtsänderungsgesetz** wird sich hier auch für uns eine große Veränderung im Gesundheitswesen vollziehen.

Die Krankenkassen werden gezwungenermaßen in einen **Wettbewerb um die gesündesten Versicherten** eintreten.

Mehr als jetzt werden sie versuchen, die gesunden Versicherten über Dr. Holiday im Internet mit Fitnessreisen für 150 Euro pro Familienmitglied zu ködern - immerhin **ein Betrag, den die gleichen Krankenkassen für die hausärztliche Rundumversorgung eines Patienten für ein ganzes Jahr zahlen**, egal, wie viele Hausbesuche, Gespräche oder Sonuntersuchungen wir in dieser Zeit bei ihm durchgeführt haben.

Gleichzeitig werden wir in Zukunft noch viel mehr rationieren müssen, als es jetzt schon der Fall ist.

Wir haben unsere MS Patienten und Rollstuhlfahrer, die keiner mehr in seiner neurologischen Praxis gerne behandelt, weil er bei der Verordnung von Medikamenten und Anwendungen selbst den Bach runter gehen kann, als Folge von Regressen der Krankenkassen.

Wir finden in einer Großstadt wie Hamburg keine Rheumatologen für akute erkrankte Rheumatiker, obwohl völlig klar ist, dass ein früher Therapiebeginn

die Invalidisierung verhindern kann.

Wir sehen, wie unsere Klinikkollegen seit der Einführung von Fallpauschalen die Menschen so früh entlassen müssen, dass die Compliance des Patienten den Entlassungstag nicht überlebt.

Wir sollen täglich stundenlang Gutachten schreiben, um den Kampf der Versicherten mit seiner rationierenden Versicherung zu seinen Gunsten zu entscheiden.

Wir dürfen täglich Stunden unbezahlter ärztlicher Arbeit investieren, und das für 43 Euro all-inclusive Pauschalen für die gesamte hausärztliche Versorgung im Quartal. Aber dafür wird es in Zukunft die Verpflichtung für die Kassen geben, alle Mutter Kind Kuren zu genehmigen, und für uns die unethische Aufgabe, die Patienten nach ihrer Therapietreue zu beurteilen bei der Frage, ob sie nach dem Auftreten einer Krebserkrankung als Strafe für früheres Nichtteilnehmen an Vorsorgeuntersuchungen finanziell bestraft werden.

Die Patienten sollen sich in Kunden verwandeln.

Damit verändert sich tendenziell die Wertehaltung in der Medizin. Was ist nach allgemeinem Verständnis ein Kunde? Ich zitiere Hagen Kühn: „Er hat die Wahl, er kann abwägen, er kann gehen wenn es ihm nicht gefällt und er kann warten auf das günstigere Angebot.“

Was hingegen ist ein Kranker? Er ist in Not, braucht Hilfe, hat oft keine Wahl, kann oft weder wägen, noch warten. Wie entlastend und entantwortend ist es für die kommerzialisierte Medizin, einen Kranken als Kunden anzusehen?“ Zitat Ende.

Für den Chef der börsennotierten Rhön-Kliniken, Eugen Münch, ist das gar keine Frage. Gesundheit ist für ihn eine Ware, Ärzte sind Dienstleister, Patienten Kunden.

Herrn Karl Lauterbach von der SPD hat er als kompetenten Politikberater seit Jahren in seinem Aufsichtsrat sitzen.

Mit Hilfe der beiden neuen Gesetze soll die angeblich vorhandene „doppelte Facharztschiene“ abgeschafft und in **ein lukratives Zusatzgeschäft für die privaten Klinikketten** verwandelt werden, welche im Moment flächendeckend die kommunalen Krankenhäuser aufkaufen. Dann werden viele Facharztpraxen auch im Medizinzentrum Hamburg akut in ihrer Existenz gefährdet. Es wird zu einem **Verdrängungswettbewerb** zuungunsten der wohnortnahen Haus und fachärztlichen Versorgung durch selbständige Ärzte kommen.

Und es wird im Bereich der Facharzttermine zu langen **Wartezeiten** kommen wie in England und Holland, die man sich dann als gesetzlich Versicherter mit dem Abschluss von privaten Zusatzpolicen bei Allianz und Co verkürzen kann.

Allianz und andere Versicherungskonzerne haben in den letzten Jahren im Bereich privaten Rentenversicherungen ein lukratives Geschäft gemacht, nun ist also der Gesundheitssektor dran.

Der **zweite Komplex** der großen Veränderungen zu einer anderen Gesellschaft betrifft alles, was mit dem Komplex **E-Health**, oder, als ihrem Kernpunkt, mit der geplanten elektronischen Gesundheitskarte auf uns alle zukommen wird.

Unter E health (oder Gesundheitstelematik) versteht man die Gesamtheit der telemedizinischen Anwendungen, telemedizinischer Überwachungsstrukturen in der Intensivpflege oder zuhause, die elektronische Gesundheitskarte oder auch die geplante elektronische Patientenakte(ePA)

Kernstück ist die **elektronische Vernetzung aller Anwender** untereinander (270.000 Ärzte in Klinik und Praxis, 77000 Zahnärzte, 2200 Krankenhäuser, 22000 Apotheken, über 250 Krankenkassen und zehntausende anderer Heilberufe).

Am 14.3.2003 äußerte sich Bundeskanzler Schröder in seiner Regierungserklärung erstmals offiziell zu den Themen elektronischer Patientenausweis und elektronische Krankenakte. Im Juni 2003 wurde dann von der Industrie die so genannte Telematikexpertise vorgelegt. Die Industrie stellte selbstverständlich fest, dass Deutschland eine umfassende Telematikinfrastruktur brauche.

Man schloss sich zum Projekt „bit 4 health“ zusammen und arbeitet seitdem an der Verwirklichung des großen Planes. Es wurde behauptet, dass jeder Tag, in dem das deutsche Gesundheitswesen auf eine umfassende elektronische Kommunikationsstruktur verzichte, die Volkswirtschaft 13,7 Millionen Euro koste, im Jahr also 4-5 Milliarden Euro durch den Aufbau der Telematikinfrastruktur gespart werden könne.

Da sich im deutschen Gesundheitswesen eine Unmenge von haus oder praxisgebundenen IT Anwendungen bis hin zu regionalen elektronischen Netzen gebildet habe, ließe sich eine übergreifende Kommunikationsstruktur aber ohne eine **vom Gesetzgeber erzwungene Vorgabe** mangels Interesse der einzelnen Anbieter nicht durchsetzen.

In einer Art Nacht und Nebelaktion wurde dann von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt **2003 ein Planungsauftrag an ein Industriekonsortium** erteilt, welches für 50 Mio Euro eine sogenannte „Telematikrahmenarchitektur“ erarbeiten sollte“.

Im Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 tauchte dann die elektronische Vernetzung als verpflichtend erstmalig auf.

Jetzt soll mit E health der Boom der nächsten 20 Jahre generiert werden.

Angela Merkel hat die Einführung der eGK zur Chefsache gemacht. Gesundheitsministerin Schmidt ist von den riesigen Einsparpotenzialen für das Gesundheitswesen überzeugt. Beide glauben auch an die Sicherung von Arbeitsplätzen in Deutschland.

Argumentiert wird aber auch mit einer **angeblich verbesserten Qualität** der medizinischen Versorgung in Deutschland durch schnellere Bereitstellung aller Daten im Notfall, durch Reduzierung von Medikamenten-Wechselwirkungen und durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen.

Dazu muss man erstmal folgendes wissen:

Auf der Karte kann eigentlich fast nichts gespeichert werden: nur die administrativen Daten, die Teilnahme an DMP, eine lebenslange Personenkennziffer und ein Lichtbild des Patienten.

Ansonsten ist die Karte nur der **Schlüssel zum Zugang zu einem zentralen Server**, in dem alle Daten des Patienten gespeichert werden nachdem der Patient seine 4-stellige Pin-Nr. und der Arzt seine 6-stellige Pin-Nr. eingegeben hat.

Die Karte selbst hat nur eine Speicherkapazität von etwa 3 Din-A-4 Seiten: darauf lässt sich keine elektronische Patientenakte speichern.

Schon diese Realitäten stehen in eklatantem Widerspruch zu allem, was so in den normalen Presseveröffentlichungen suggeriert wird. Denken nicht alle Mitbürger und fast alle Ärzte, dass alles AUF der Karte gespeichert wird und man es dann nett mit nach Hause tragen kann? Das ist ein großer Irrtum.

Die Architektur der EG K ist in 2 Teile geteilt worden.

Einen Block 1 (sogenannter Pflichtteil) mit den Pflichtdaten und der Aufgabe, das elektronische Rezept ab 2008 zu erstellen.

Arzt und Patient stecken ihre Karten in das Kartenlesegerät, nach Eingabe des 4 und 6 stelligen Geheimnisses wird nach 24 sek ein elektronisches Rezept für allerdings nur ein Medikament erstellt, welches der Patient sich dann elektronisch in der Apotheke abholen kann. Die Kontrolle durch den Patienten, der auf das heute vorhandenen Papierrezept schaut und guckt ob er auch das richtige bekommt entfällt, genauso wie die Kontrolle des Apothekers, welcher auf dem Weg vom Computer bis zum Medikamentenschrank ja bei einer größeren Anzahl von Medikamenten auch schon mal was vergessen kann.

Das Papierrezept in Deutschland wird jedes Jahr 700 millionenfach erstellt, man kann es auch den am besten funktionierenden Geschäftsvorgang im Gesundheitswesen nennen.

In Zukunft wird dieser Vorgang nicht wie jetzt 2,3 Sekunden dauern, sondern pro Medikament 24 Sekunden.

Verlust an Arbeitszeit für uns als Ärzte monatlich 27 Stunden. Dies sind Ergebnisse der ersten Testreihen in Schleswig-Holstein, anscheinend geht man

in der Gesundheitsbürokratie davon aus, dass wir noch nicht genug zu tun haben.

Das E Rezept ist aber für unsere Bürokraten in Politik und Krankenkassen von ganz immenser Bedeutung.

Mit Hilfe des E- Rezeptes soll nämlich der **morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich** eingeführt werden, ich entschuldige mich für diese Wortmonster, ich habe sie mir nicht ausgedacht.

Die Krankenkassen brauchen dafür mehr Daten als sie jetzt haben. Das haben schon 2002 in einer Studie aus Köln die Herren Lauterbach, Wasem und andere festgestellt und die Einführung des elektronischen Rezeptes vorgeschlagen.

Es werden mit Hilfe des E-Rezeptes **Krankheitsprofile** erstellt, und die Patienten in **Risikoklassen** eingeteilt.

Sie wissen nicht, in welche Klassen sie eingeteilt sind, aber diese Klassen werden sie auch beim möglichen Wechsel der Kasse ihr ganzes Leben lang begleiten.

Die amerikanische Firma DxCG hat im Jahr 2006 den Zuschlag für die Erstellung einer deutschen Variante des Klassifikationsverfahrens bekommen. Die Rechte daran haben KBV und Kassen mit unserem Geld schon gemeinsam erworben. **Besonders teure Patienten können so leicht ausgemacht werden, es kann auch besser kontrollierend an ihnen gespart werden** (Zitat des Komitees für Grundrechte und Demokratie). Der gläserne Arzt wird gleich mit eingeführt.

Dabei geht es weniger darum was wir verdienen, das kann man ja leicht kontrollieren weil wir bei gedeckelten Budgets ja schon seit Jahren Quasipauschalen bekommen, die so niedrig sind, das keine Krankenkasse sie freiwillig veröffentlichen würde, sondern um **die Kontrolle bei Verordnung von teuren Leistungen** im Interesse der Patienten.

Die Kosten der Einführung der Karte sind im übrigen viel höher als bisher vom Gesundheitsministerium behauptet.

Statt 1,4 Milliarden Euro kam die von der Betreibergesellschaft gematik beauftragte Firma Booz, Allen und Hamilton eher auf 7Milliarden Euro, deshalb wurde das Gutachten von der gematik auch einfach nicht veröffentlicht und erst vom Chaos Computer Club Hamburg der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Weitere Argumente für die Einführung der Gesundheitskarte in der Öffentlichkeit sind:

Speicherung von **Notfalldaten**, Vermeidung von **Arzneimittelwechselwirkungen** und Vermeidung von **Doppeluntersuchungen**.

Alle diese Aspekte, mit deren angeblichen Vorteilen jetzt schon immer in der Presse geworben werden, sind Teil des zweiten Teiles der Karten, der überhaupt erst Jahre später eingeführt werden und zu den freiwilligen Anwendungen gehören wird.

Also **Notfalldaten, Arzneimitteldokumentation und Ergebnisse der Untersuchungen kommen erst viel später** und sind, da die Patienten jeweils entscheiden können, ob der Arzt oder das Krankenhaus etwas speichern dürfen, freiwillig und unvollständig – und damit **wertlos für uns als Ärzte**.

Was sollen wir dann mit unvollständigen Daten anfangen? Die auch immer nur dann eingegeben werden können, wenn der Patient im Sprechzimmer vor uns sitzt? Alles, was hinterher eintrifft, kann nicht eingegeben werden.

Nichts kann man damit anfangen.

Nicht jeder braucht im Übrigen Notfalldaten.

Bei einem bestimmten Prozentsatz der Bevölkerung liegen **Blutgruppenbestimmungen** vor, diese sind aber für die Therapie in Notfallsituationen unerheblich in den meisten Fällen, da vor einer Bluttransfusion im Krankenhaus die Blutgruppe in jedem Fall neu bestimmt wird.

Bei einem **Massenunfall** würden Sanitätern und Notärzten im übrigen kleine Notfallausweise auf Papier mit Angabe wichtiger Diagnosen, Allergien und Medikamenten von chronisch kranken Patienten mehr helfen als Chipkarten, die erst alle in einer Online Datenleitung zum Zentralserver im Krankenwagen auf Infos hin durchgesucht werden müssten.

Eindeutig: **hier haben wieder Schreibtischtäter zugeschlagen**. Aber Notfalldaten auf der Karte sind ja irgendwie klasse, möchte jeder haben, wenn man ihn fragt.

Das gleiche mit der **Vermeidung von Wechselwirkungen**.

Automatisch passiert da gar nichts, die Wechselwirkungen prüfen sich nicht selbst. Auch das müssen wir als betreuende Ärzte wie jetzt schon täglich anhand der dann unvollständigen Arzneimitteldokumentation selbst mithilfe unseres Praxisprogrammes machen.

Also, wo ist der Vorteil? Nicht vorhanden.

Eine bessere Behandlung der Patienten durch uns Ärzte unter Einbindung moderner Technik könnte ich mir nur in der Vernetzung von Ärzten und Krankenhäusern in regionalen Netzen vorstellen. Dabei würde Datenhoheit dann bei den Behandlern bleiben und nicht in zentralen Servern landen.

Solche Modelle gibt es ja in der Praxis schon.

Das gesundheitspolitische Problem ist hier nur, dass das weder von der IT

Industrie, noch von der Gesundheitspolitik, noch von den Krankenkassen überhaupt gewünscht ist.

Gewünscht wird die zentrale Serverlösung, vorgeschoben wird aber etwas ganz anderes.

Ein entscheidendes Argument im „Akzeptanzmarketing“ für die eGK ist die geplante“ Stärkung der informationellen Selbstbestimmung des Patienten“ durch eHealth.

Dazu interessant ein Zitat des Journalisten Philipp Grätzel von Grätz, der für die Entscheider im Gesundheitswesen in der Zeitung EHEALTHCOM schreibt und auch für die Ärztezeitung:

„Seit Jahrhunderten besteht der Konsens, dass die Krankenakte Eigentum des behandelnden Arztes ist. Im Zeitalter elektronischer Krankenakten wird sich früher oder später die Frage stellen: warum eigentlich, wenn die Informationen auch an mehr oder weniger zentraler Stelle für alle zugänglich aufbewahrt werden könnten?“

Entworfen wird das organisatorisch-technische Szenarium einer Medizin im Zeitalter des Cyberspace, ein Szenarium, in dem der Patient der unumschränkte Herr über seine zentral gelagerten Akten i

Überwachungscomputer mit selbständig arbeitenden Expertensystemen würden in Monitorzentren stehen, die dann aus praktischen Gründen auch die entsprechenden Ärzte beherbergen würden. Sie müssten die Arbeit der Programme medizinisch überwachen und bei Problemen dafür sorgen, dass ein Arzt-Patienten Gespräch zustande kommt, entweder von Angesicht zu Angesicht oder vor der Webcamera.

Weite Teile der Therapie chronischer Krankheiten würden so aus dem regulären Praxisbetrieb ausgegliedert. Die akute Versorgung könnte -dank drahtloser Internettechnologien, Fortschritten in der Mikroelektronik und der Einführung einer elektronischen Krankenakte- von fliegenden Ärzten erledigt werden, also Allgemeinmedizinern der Grundversorgung, die keine feste Praxis mehr hätten, sondern permanent auf Hausbesuch wären, begleitet von einem Handy zur Kommunikation mit der elektronischen Akte und einem Diagnosekoffer, der zumindest EKG abnehmen, Laboruntersuchungen durchführen und Ultraschalls erstellen könnte. Die Koordination zwischen ambulanter Medizin, Therapieeinrichtungen und dem Krankenhausbereich würde weitgehend von medizinischen Callcentern erledigt.“

Das ist zumindest eine Vision der EHEALTH Protagonisten

Die Professorin Barbara Duden hat auf der Jahrestagung des Komitees für Grundrechte und Demokratie 2006 in Berlin dazu gesagt:

Jeder Mensch bekommt in diesem System einen zweiten Körper,

nämlich einen Datenkörper.

Man geht nur noch mit dem Datenkörper um. Der Patient kommt ins Sprechzimmer, das Arzt guckt sich erstmal die ganze Geschichte in der E Akte an. Der unverstellte Blick auf den Menschen wird verhindert. Nur noch die Daten und die Meßwerte zählen.

Die ärztliche Schweigepflicht, seit Jahrtausenden verpflichtend, der Eid des Hippokrates ist aufgehoben.

Das Individuum Mensch verschwindet hinter dem elektronischen Messwertevorhang.

Die Omnipotenz der Medizin, die wir ja in den letzten 20 Jahren mit den Erkenntnissen der Psychosomatik dachten hinter uns gelassen zu haben, wird von den Technokraten reinstitutionalisiert. Den Ärzten wird die Treuhänderschaft über die Daten genommen, sie enden als Anhängsel von Callcentern.

Heute, im Jahr 2007 müssen wir unseren jahrtausendealten Beruf verteidigen. Gegen eine Ehealth Technokratie, gegen die die Orwellsche Zukunftsvision noch harmlos war.

Ich möchte mit dem Zitat des IPPNW Gründers Bernard Lown und mit seiner Warnung an uns in Deutschland aus dem Vorwort seines Buches "Die verlorene Kunst des Heilens" schließen:

In den USA ist die öffentliche Unzufriedenheit mit dem ärztlichen Berufsstand so groß, wie nie zuvor. In einem Zeitalter, in dem die Ärzte überaus viel für die Heilung von Krankheiten und die Verlängerung von Leben anzubieten haben, ist die Öffentlichkeit diesem Berufsstand gegenüber noch misstrauischer, argwöhnischer oder sogar feindselig geworden.

Noch weiter verbreitet jedoch ist die Unzufriedenheit unter den Ärzten selbst, die zunehmend an Autonomie einbüßen, denen die Entscheidungsfreiheit genommen wird und die oft daran gehindert werden, das zu tun, was für den Patienten am besten ist.

Eine ganz wesentliche Frage ist, ob der Arzt sich weiterhin fachgerecht für die Belange eines menschlichen Wesens einsetzen können wird, oder lediglich ein Techniker zu sein hat, der den einen oder anderen schlecht funktionierenden Körperteil betreut."

Was die elektronische Gesundheitskarte betrifft, muckt die Ärztebasis auf.

Der Ärztetag 2006 hat sich eindeutig kritisch zur EG Karte positioniert, die Vertreterversammlungen von Westfalen-Lippe und Hessen haben die Einführung der Karte abgelehnt, Nordrhein hat Forderungen gestellt, die man eigentlich nicht erfüllen kann, Bremen ist als Testregion ausgestiegen, in Berlin haben 700 Ärzte auf einer Vollversammlung die Einführung der E Card abgelehnt.

Der Vorsitzende des NAV Herr Bittmann hat zum Boykott der E card aufgerufen.

Auch für Hamburg wünsche ich mir einen solchen Beschluss.

Gesundheit ist keine Ware, Ärzte sind keine Dienstleister und die elektronische Gesundheitskarte mit der zentralen Serverlösung zerstört das Arzt -Patientenverhältnis.

Hamburg 20.2.2007

Dr.med.Silke Lüder