

## Schöne neue e-Health-Welt?

IPPNW-Veranstaltung zur elektronischen Gesundheitskarte

### Die eCard - ein Wechselbalg kommt in die Jahre...

Ich weiß nicht, ob Sie jetzt nach vier Referaten überhaupt noch **ein Fünftes** hören wollen. Es war sicherlich immer leichter, als Vor-Group vor den Rolling Stones das Publikum zu faszinieren, als als Nach-Group, wenn die meisten schon zum Parkplatz strebten...

Ich nehme an, alle, die hier heute hergefunden haben, sind so ernst motiviert, dass ich tatsächlich noch ein bisschen was sagen kann. Ich habe **meinen Vortrag während der letzten 40 oder 60 Minuten achtmal umgeschrieben**, weil wir ja natürlich alle irgendwo eingearbeitet sind und jeder von uns auch die Spargelspitzen des Themas präsentieren möchte. Na, ich schaue mal, was mir noch thematisch übrig bleibt!

Das erste wäre: ich bin jetzt seit 15 Jahren ehrenamtlicher Richter am Sozialgericht. Und erlebe so in meiner Doppelnatur, ein bisschen Amateur-Sozialrechtler, auf der anderen Seite eben doch primär versorgender Arzt, dass ich mir dieses eCard-Thema aus beiden Perspektiven angucke.

Ich weiß nicht, wie viele von Ihnen niedergelassen sind, aber wir müssen feststellen, dass dieses Sozialgesetzbuch V, dieser Nachfolger der sogen. Reichsversicherungsordnung, eine wirkliche **babylonische Gefangenschaft der Ärzte** ist im Staatsdienst. Also in einem quasi verstaatlichten Gesundheitswesen, für uns Ärzte mit allen Nachteilen der Verstaatlichung, aber ohne jeglichen einzelnen Vorteil einer Verstaatlichung. Ich muß also als Richter die klagenden Kollegen häufig mit negativen Urteilen frustrieren, weil wir einfach diese Spielregeln haben.

Aber ich sage Ihnen, Sie mussten auch keine Wirtschaftsbeziehungen mit der Sowjetunion führen, wo Ihr dortiger Geschäftsführer verhaftet wurde, Ihre Sekretärin erschossen, ihre Akten durch den KGB gefilzt wurden! Sie können ja auch mit Staaten Wirtschaftsbeziehungen führen, in denen das anders zugeht. Und deswegen sagen wir natürlich: **"Wir sind nicht verurteilt und angekettet, in diesem SGB V zu bleiben!"** Und die eCard ist sicherlich ein weiteres Element, dass wir sagen, wir müssen wirklich schauen, ob dieses System ein Rahmen für ein anständiges, motiviertes ärztliches Versorgungsangebot an die Patienten sein kann.

\*

Ein erster Punkt, der mir - nach all den vielen vorgetragenen Fakten - so einfällt, um Sie ein bisschen aufzumuntern, ist der folgende: wenn Sie ein **gemütliches Einfamilienhaus** hätten und es käme ein staatlicher Brief. Sie sollten den Kamin künftig durch eine kleine thermonukleare Heizungsanlage ersetzen lassen. Weil das zukunftssträchtig, also irgendwie besser sei. Sie müssten dann allerdings alle Dosimeter tragen, Sie müssten natürlich Bleiwesten verwenden und die Wände verbleien, Sie müssten natürlich absolute Zugangskontrollen zu allen Räumen im Hause organisieren, weil Sie ja mit thermonuklearen Brennstoffen nicht einfach umgehen können wie mit Kaminholz-Scheiten. So ähnlich kommen uns hier die Folgezwänge dieser eCard-Geschichte vor! Wir haben bereits eine gute Dokumentation, wir haben auch einen guten Datenfluß! Und plötzlich sagt man uns, wir müssen es alles anders machen.

\*

Ich möchte mal einsteigen mit dem vorhin zitierten **Hagen Kühn**, vom Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin. Hagen Kühn ist - wie Frau Stevens schon sagte - einer der empirisch am besten informierten Sozialwissenschaftler, der die westeuropäischen und nordamerikanischen Gesundheitssysteme in den letzten zwanzig Jahren in ihrem Wandel erforscht hat. Und er hat uns versichert, dass wir in Deutschland gerade all das nachmachen, was vor zehn, fünfzehn Jahren in den USA gelaufen ist. Wenn Sie sich den Film "Sicko" angucken, dann werden Sie sehen, dass das eine Prognose ist, was bei uns in fünf bis zehn Jahren los sein dürfte.

Herr Kühn hat uns in einem lesenswerten Text noch einmal darauf hingewiesen: **ärztliche Ethos-Probleme** scheinen sich im Fernsehen, in den Medien immer öffentlichkeitswirksam an großen Konfliktfragen zu entscheiden. Ganz im Gegenteil, die dramatischen Entscheidungen sind für die Alltagsethik gar nicht so wichtig, sondern vielmehr die Alltagsentscheidungen.

Wir haben im Kern **vier hippokratischen Verpflichtungen** - mögen sie auch manchem vielleicht nicht so lieb sein - ich will noch einmal darauf hinweisen:

- 1) eine **uneingeschränkte Loyalität gegenüber dem Patienten**,
- 2) das **Handeln im Interesse des Patienten**, der dieses Handeln ja gar nicht bestimmen kann, weil er Laie ist, d.h. wir führen sozusagen eine Geschäftsführung ohne Auftrag und sind treuhänderisch für den Patienten tätig.
- 3) Wir müssen das **Wohlergehen des Patienten über das eigene finanzielle Interesse** stellen. Das heißt nicht, dass wir jetzt wie Mutter Theresa gar kein finanzielles Interesse haben sollen. Aber wir müssen diesen Konflikt seit 2000 Jahren immer wieder aufs Neue thematisieren und für uns lösen. Und das ist vermutlich in einem MVZ nicht möglich, wenn Sie als weisungsgebundener Arzt als Dienstziel Ihres Auftraggebers dessen Rendite-Realisierung haben. Dann können Sie vielleicht zu Hause Ihre Frau anschreien oder den Hund schlagen. Aber Sie haben Ihre Antwort in dieser Frage bereits ausgewählt.
- 4) Ja und das Vierte ist eben, das **Arztgeheimnis** zu wahren. Das wäre noch einmal der Hintergrund dieser Geschichten. Das sind diese beiden Janusköpfe: was kostet uns die eCard, aber auch was verlangt hier der Inhalt unseres Berufes von uns.

Herr Kühn hat gesagt, die eCard ist ein Element dafür, was man im sozialwissenschaftlichen Bereich hier die so-genannte **Distanzentscheidung** nennt. Es wird also nicht mehr von mir im Behandlungszimmer mit meinem Patienten entschieden, sondern wie Herr Hontschik gerade über Österreich erwähnte, es wird dann der "Chefarzt" (=MDK) eingeschaltet, der Veto einlegen kann. Oder Sie müssen wie in den USA ein Call-Center anrufen und sagen: "Ich sehe hier eine klare Indikation für eine Gallenblasen-Entfernung". Und dann sollen Sie also fünf Fragen des Call-Centers beantworten, wie die Labor-Parameter sind u.ä. Und schließlich sagt die Stimme, vielleicht zweitausend Kilometer entfernt. "Genehmigt" oder "Nicht genehmigt".

Eigentlich sind das **Strukturen, die aus der modernen Kriegsführung** stammen. Wenn Sie einen Sarazenen vor sich sehen und einen Säbel in der Hand haben, dann kostet es Sie vielleicht doch noch ein bisschen Überwindung, dem nun den Kopf abzuschlagen. Hingegen: George Orwell schrieb 1942 in seinem Kriegstagebuch - er saß während des deutschen Bombardments in London im Keller, im Bunker - und sagte sich: "Drei Kilometer über mir klinkt ein gut ausgebildeter junger deutscher Bomberpilot, wahrscheinlich mit hervorragenden Manieren erzogen, gerade die Bombe aus. Auf so etwas würde er von sich aus nie kommen. Wenn er mit mir in einem Zimmer sitzen würde, würde er mir wahrscheinlich kein Haar krümmen." Aber die sogenannte Distanzentscheidung erlaubt, sich den Folgen seines Tuns zu entziehen, sie nicht mehr auf sich zu beziehen. Und die eCard ist in Richtung dieser digitalisierten, kybernetischen Variante eines Arzt-Patienten-Verhältnisses ein entscheidender *stepping stone*.

\*

Als einer der fünf Antragsteller des **obsiegenden Antrages auf dem Deutschen Ärztetag 2007 in Münster** hat es mich sehr gefreut, dass wir dort gemeinsam den Vorstandsantrag der Bundesärztekammer kippen konnten. Der sagte nämlich: "Messerscharf kritisieren! Aber dann trotzdem dabei bleiben, um Einfluß zu haben!" Das war wie die Argumentation meines Großonkels, damals in die Reiter-SA zu gehen: "Immer dabei sein und das Schlimmste verhindern!" Nichts hat er verhindert! Und ich denke, wir stehen - wenn wir sagen Ärzte in sozialer Verantwortung - in einer unendlichen Folge von Menschen, die immer wieder Fehler gemacht haben und auch immer wieder sagen müssen: "Wir dürfen dieses ethische Rad nicht immer wieder neu erfinden! Wir müssen endlich aus dem lernen, was vor uns durch Illusionen mißlungen ist."

**Zwei furchtbare Begriffe.** Wenn ich das schon höre: "Wettbewerb" oder "Transparenz". Wenn man schon sagt "Wettbewerb im Gesundheitswesen", es bekennt überhaupt keiner Farbe: "Wettbewerb zwischen wem?" Wettbewerb zwischen Versicherten? Wettbewerb zwischen Ärzten? Wettbewerb zwischen Krankenkassen? Dieser Begriff ist eine zeitgemäße Floskel. So wie es "Glasnost und Perestroika" in der Sowjetunion gewesen sind: die Menschen haben das individuell mit ihren eigenen Hoffnungen aufgeladen. Und am Ende war die Sowjetunion eben von Oligarchen weggekauft worden. Ich denke, solche Begriffe wie Transparenz und Wettbewerb sollten wir nur sehr zögernd akzeptieren und immer mit der Gegenfrage: "Definieren Sie, was Sie damit wirklich meinen!"

Also einen **Wettbewerb zwischen Patienten**, den gibt es ja schon: die ökonomisierte Medizin versucht natürlich, günstige Risiken einzukaufen. Preisgünstige Patienten, junge Leute, die gar nicht krank sind, aber sich vielleicht in einer gewissen Hypochondrie hoch versichern lassen. Dagegen einer der typischen hausärztlichen Versorgungsproblemfälle: der ältere Mensch, der seine Belange nicht mehr ausreichend ordnen kann, der quasi sozial ausfranst und auch seine Compliance-Probleme hat, den wird doch keine Kasse bewerben! Das heißt also, der "Wettbewerb" wird doch diese Leute als die Verlierer ausloosern. Und es wird einerseits eine profitable Gestaltung mit dem interessanten Drittel der Bevölkerung geben. Die übrigen zwei Drittel müssen über Steuern und Sozialhilfe oder eben gar nicht versorgt werden. Oder wir müssen diese Menschen in die Dritte Welt in preisgünstige Heime verschiffen. Ich sehe hier jedenfalls keine irgendwie seriöse, ernst zu nehmende, weiter auf dem Niveau der vergangenen vierzig Jahre der Bundesrepublik gebaute Konstruktion. Vielmehr sind dies hier alles Wechsel, die bald platzen werden! Und das ist ja auch ein Grund, weswegen wir nicht nur individuell unsere Stimme erheben, sondern auch vom Bündnis her.

\*

Meine Idee war, etwas zur Vorgeschichte des eCard-Projektes zu sagen. Und da komme ich nicht ganz an diesem **Gutachten der Wirtschaftsberatungsfirma Roland Berger** von 1997 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums vorbei. Es war damals die visionäre Studie, die auch heute noch konkurrenzlos die Blaupause für alle Einzelelemente dieser ganzen Unternehmung ist. Die Studie begann damals naiverweise noch mit einer Tatbestandsbeschreibung und konzidierte "Sehr gut am deutschen Gesundheitswesen ist der schnelle Zugang, sehr gut sind die flachen Hierarchien usw." Das alles ist in den aktuellen Versionen jetzt gar nicht mehr enthalten, sondern es wird nur noch die Kritik geäußert.

Die erste Kritik, mit der die Politik begründen will, warum hier alles mit einer eCard verändert werden muß, ist die sogenannte **Kompartimentierung des deutschen Gesundheitswesens**. Sie wissen, dass es in anderen Ländern nicht diese historisch entstandene Trennung zwischen dem niedergelassenem Bereich, den Akut-Krankenhäusern, den Reha-Krankenhäusern gibt.

(Aber ich denke, wenn Sie sich vorstellen, dass es auf der Erde sechstausend verschiedene

Sprachen und davon dreitausendfünfhundert noch in nennenswertem Umfang benutzte gibt. Die sind natürlich alle ein Hindernis für den Welthandel! Klar, Esperanto will ja keiner, aber ich denke, dass wir vielleicht alle Englisch reden sollten, das würde sicherlich den Fluß von Dienstleistungen und Waren total beschleunigen. Nur haben diese vielen aktiv genutzten Sprachen erstens ihre Herkunft, ihre Kultur. Und sie stellen - bezogen auch auf Lebensumgebung und auf Gewohnheiten der Menschen - optimale Lösungen dar, sich hiermit zu verständigen. Und daher glaube ich auch nicht, dass wir das deutsche Gesundheitssystem beispielsweise an das schwedische, finnische oder womöglich sogar an das bulgarische anpassen müssen.)

Also, zur **Kompartimentierung** wird gesagt: es bestünden starre Grenzen, es gäbe kaum sinnvoll organisierte Schnittstellen zwischen den "Sektoren". "Schnittstellen", das ist auch so ein grässliches Wort. Natürlich haben wir die Kommunikation zwischen diesen verschiedenen Gruppen, also den Niedergelassenen und den Krankenhäusern, immer gestaltet und geschafft! ich möchte sogar sagen, wir haben vor zehn, fünfzehn Jahren, als die Ökonomisierung der Krankenhäuser noch nicht so fortgeschritten war, wesentlich bessere Arztbriefe erhalten. Das war kein Foxtrott der DRG-Behauptungen, um irgendwie Kostenübernahme und Zahlung auszulösen. Wir müssen ja heute - fast wie Archäologen - in diesen Arztbriefen suchen: was ist Schrott und was ist Fälschung? Was wird einfach nur behauptet? Und was ist dabei wirklich der Kern? Die Behauptung, durch die eCard werde sich hier alles bessern, ist überhaupt nicht stichhaltig. Aber Politikern kann man das eben erzählen.

Die Verbilligung durch **vermiedene Doppeluntersuchungen!** Der Kostendruck in den Krankenhäusern durch die neuen Bezahlungsmodi hat doch fast alle Doppeluntersuchungen beseitigt. "Wer muß die Untersuchung denn nun wirklich machen?!" Es ist schon eher der Streit zwischen Krankenhäusern und Niedergelassenen, sodass am Ende gar keine Untersuchungen mehr gemacht werden.

**Das sind also solche Legenden.** Selbst in der onkologischen Behandlung ist es doch so, dass heute die ganzen Verlaufskontroll-Laborwerte von den Hausärzten abgenommen werden. Die Kliniken wollen das doch nicht mehr machen, wenn sie kein Geld dafür bekommen. Also, Politiker argumentieren hier mit Argumenten, die sich völlig willkürlich auf das Jahr 1716 oder 1972 oder 2008 beziehen.

Das zweite ist: der Fortschritt der Medizin führe unvermeidbar zu einer **unvorstellbaren Datenflut**. Also, ich denke auch, wenn ich an manche lieblos zusammengeschusterten Klinik-Arztbriefe denke... ich habe jetzt einen bekommen, der hat etwa neunhundert Gramm gewogen. Da waren Photokopien drin von Allem, was in diesem Krankenhaus geschehen ist - vielleicht noch der Schichtplan der Putzfrauen - jedenfalls war alles dran geheftet. Das sind natürlich unvorstellbare Datenfluten! Aber normalerweise ist es doch so, dass Sie das Kernproblem eines Patienten, der aus dem Krankenhaus in den niedergelassenen Bereich kommt, in einer alphabetisierten Kultur durch Formulieren eines informativen Briefes kurz und bündig übermitteln können sollten.

Zu dieser elektronischen Gesundheitsakte, die künftig zuständig sein soll, sagt Herr Berger: "Es muß eine einheitliche elektronische Krankengeschichte sein, die die gesundheitlichen Episoden der Patienten verknüpft." Machen Sie sich also bitte keine Illusionen. Hier geht es wirklich darum, dass sämtliche Aspekte in ein Raster gepresst werden müssen. Sie können nicht etwa eine PDF-Datei als Kopie aus Ihrer Krankenakte auf diese Server schicken! Sondern Sie werden ein Vorgaberaster bekommen, das Sie einfach **ausfüllen müssen**. Und Sie werden vielleicht eine Zeit lang noch Ihre alte, literarisch formulierte oder mit Ihren Gedächtnisbrücken versehene Krankenakte führen. Sie werden vielleicht noch sechs Wochen lang Doppelakten führen. Diese e-Akten nach Feierabend frustriert da einhacken und Ihre traditionelle. Nur diese Selbstgeführte wird auf Dauer aufhören. So läuft die Geschichte.

Also, die Leser der Expertise sollen sich vorstellen: **diese unvorstellbare Datenflut!** Das würden wir eigentlich schon bestreiten und sagen: "Die vitalen, wichtigen Daten sind stets sehr wenige." Und der ganze Schnick-Schnack: "Herr Doktor, würden Sie mich noch einmal in die Röhre stecken? Meine Heilpraktikerin möchte doch zur Sicherheit noch ein Kernspin von der Halswirbelsäule haben." Das sind keine Daten, die eine wirkliche Datenflut auslösen, bei der

Ulla Schmidt - so wie damals Helmut Schmidt bei der Hamburger Flutkatastrophe - dem Daten-Hochwasser an den Deichen mit ihrer eCard Einhalt gebietet. Das ist doch alles Quatsch und Anmaßung!

Die Fähigkeit - das ist ja die dritte These von der Berger-Firma - "Die Fähigkeit, die **Gesundheitsversorgung zu steuern**, hängt alleine von der Nutzung von Informationen ab." Da liegt der Hase im Pfeffer: wenn Sie in einem politischen, in einem administrativen, in einem Kosten steuernden und vor allem in einem Profite realisierenden Sinne das Gesundheitswesen steuern wollen, dann müssen Sie die Informationen in die Hand bekommen! Und bereits die Digitalisierung unserer Diagnosen in den letzten Jahren als ICD-Kodierung: hat das für einen von Ihnen in der Praxis irgend einen Nutzen gebracht? Dass Sie mit den Helferinnen besser kommunizieren, dass Sie also zweimal öfters zum Klo gehen können, weil Sie statt "Der Mann hier mit der paroxysmalen supraventrikulären Tachykardie" nur noch "ICD 169.3" sagen müssen - Peng, und schon bin ich weg!?

Diese ICD-Kodierung hat doch nur einen einzigen Zweck: die Fielmannisierung, die **MacDonaldisierung** oder Schleckerisierung, die Umwandlung des Gesundheitswesens in Filialkettenbetriebe zu organisieren! Auch das Quality Management ist nichts anderes! Amerikanische Geschäftsreisende stiegen früher auf der ganzen Welt in Hilton-Hotels ab. Deren Zimmer waren alle gleich. Wenn ich nachts aufwache, links habe ich die Bibel in der Schublade, rechts ist der Lichtschalter. Diese Idee der Identität aller Räume setzt sich heute fort in der Identität der Behandlungszimmer in MVZs, in denen angestellte Mediziner im Schichtdienst schufteten. Das ist Industrialisierung, die uns wirklich vom Kunsthandwerker zum Affen in der Stuhlfabrik mutiert, der nur noch einen Knopf drückt. Und das sind die Zusammenhänge, die wir als Hintergrund dieser ganzen Geschichte nicht verschweigen dürfen.

Also, die **vorgeblichen Ziele**, dass hier etwas für die Patienten verbessert würde, billiger würde, sicherer würde, sind alles rein taktische Manöver. Auch Doppelverordnungen von Ärzten... also, ich weiß nicht, wie unter Regreßdruck überhaupt noch Doppelverordnungen zustande kommen sollen. Aber selbst wenn sie dann sein sollten, dann gibt es ja auch noch das geheimnisvolle alte Mittel der **Anamnese**: den Patienten mal wirklich zu befragen und ihn nicht irgendwo in Geräte reinzustecken. Das alles können wir Ärzte nur als Pseudoargumente zurückweisen!

\*

Letztes Jahr im Mai 2007 konnte sich das **Parlament der deutschen Ärzteschaft** in einer recht hitzig geführten Debatte tatsächlich zu dieser Frage äußern und eine eindeutige, mehrheitliche Entscheidung treffen, dass wir Ärzte die eCard in dieser Form ablehnen! Zuvor wurden wir erstmal ganz schön in die Zange genommen mit einem langen Referat des zuständigen **IT-Dezernenten, Herrn Dr. Bartmann**.

Er hat damals angefangen - ich möchte Ihnen zeigen, wie mit uns ärztlichen Mandatsträgern umgesprungen wird - das war der Beginn seines Vortrags: "[Die öffentliche Diskussion über die Gesundheitskarte ist stärker als andere vergleichbare Themen durch politische und ideologische Faktoren überlagert, vorsichtig ausgedrückt. Man muss auch hinzufügen: nicht nur von der anderen Seite.](#)" Da schienen also auch feindliche U-Boote auf der ärztlichen Seite zu sein. Das empfand ich schon mal als einen recht unfreundlichen Beginn der Geschichte. Dann sagte er: "[Diskussionen in dieser Gemengelage zeichnen sich daher zwangsläufig in erster Linie durch ihre Länge und weniger durch die Rationalität ihrer Ergebnisse aus.](#)" Na gut, hätte man vielleicht eine rauchen gehen können und nicht diskutieren, aber wir sind drinnen geblieben. Dann sagte er: "[Ich möchte Sie ganz herzlich bitten, mir zunächst einmal zuzuhören und nicht bei jedem Reizwort sich gleich in die mentale Emigration zu verabschieden.](#)" Das war also erstmal der Tritt vors Schienbein, bevor man die Hand zum Gruß geschüttelt bekommt.

Weiter sagte Herr Bartmann, der nun doch wirklich unser oberster Sachwalter sein müßte, über die Folgen dieser eCard, die Daten würden durch Schlüssel in unleserliche Hieroglyphen zerhackt! Ein Berliner Kollege wies ihn in einem Wortbeitrag drauf hin, dass die Hieroglyphen

bereits 1816 entschlüsselt worden seien. Also, es war schon semantisch und vom Denkstil nicht sehr attraktiv, was da geboten wurde. Aber man hört es sich ja an. Wir sind ja Ärzte und hören auch anstrengenden Patienten zu: "Wann ist denn Ihre Galle operiert worden, Frau Meier?" "Ja, da war der kleine Peter sieben." "Und wie alt ist der kleine Peter jetzt?" "Der ist jetzt in Rente." O.k.

Aber das Ende dieser Geschichte war dann ja, dass Herr Bartmann gesagt hat: "**Kolleginnen und Kollegen! Ich habe vieles gesagt, aber einiges habe ich auch nicht gesagt. Es wird nur gedacht, dass ich das vielleicht gesagt haben könnte.**" Na ja, dann guckt man erst mal... "**Zur Serverlösung habe ich mich überhaupt nicht geäußert, denn der Server ist nicht Gegenstand des Gesetzes.**"

Also, wenn die Server-Lösung nicht Gegenstand des § 291 a des SGB V ist, wenn die Server-Lösung eine Ausführungsbestimmung dazu ist, dann kann man dem Deutschen Ärztetag doch nicht ernsthaft eine Diskussion anbieten, ohne dies zu erwähnen! Zwei Jahre zuvor wurde uns noch die Idee vermittelt, dass alle Informationen "on-board" sein sollten. Jetzt also die Speicherung der Daten außerhalb der Chipkarte, auf Servern kommerzieller Anbieter. Das war ja was ganz Anderes! **Ein kompletter Paradigmenwechsel:** diese Karte ist eigentlich nur ein Schlüssel, auf der Karte selbst findet gar kein Datentransport mehr statt. Kein Wort hierüber, das wurde uns von der Spitze der Ärztekammer so zugemutet! Na gut, wir haben dagegen argumentiert, wir haben dann auch die Abstimmung bekommen, dass wir eben die eCard in dieser Form ablehnen. Aus fünf Gründen. Und dass wir darauf bestehen, auf dem diesjährigen Ulmer Ärztetag darüber neu zu befinden.

Am nächsten Tag in der Ärztetag-**Pressemittteilung** nichts darüber. Wenn Sie sich interessieren, worüber da berichtet worden ist: Organverpflanzung, Geschlechtsbestimmung, Gesundheitspatente, Doping bei Sportwettkämpfen, Ärztetag fordert GOÄ-Reform, Schutz vor Passivrauchen! Aber von diesem eCard-Votum war da nichts drauf. Nur an einem Katzentisch, erwähnt nur in einer zweiten, kleinen Pressemeldung. Dann kam die Deutung der Bundesärztekammer: "Es sei doch nur eine **Momentaufnahme!**" Dann haben wir gesagt: "Ja, ist denn am Ende die Wiederwahl von Herrn Prof. Hoppe als Präsident der Bundesärztekammer auch nur eine Momentaufnahme?! Hat die denn noch irgend einen rechtlichen Bezug? Ist das alles rein impressionistisches Denken? Ist das irgendwie Painting-by-Numbers? Oder Ich-sehe-was-was-Du-nicht-siehst?!"

Dann kam aber eine **Korrektur durch die Wirklichkeit**, dass einfach die ernsthaften Betreiber dieser ganzen Geschichte - Firmen, die wirklich nicht spielen wollen - unzufrieden waren und gesagt haben: "Dieser Widerspruch zwischen unseren Vorhaben und diesem Votum gefällt uns nicht!" In Zeitschriften, IT-Zeitschriften sind dann Interviews mit KBV und BÄK-Spitzen geführt worden. Die Industrie und auch die Interessengruppen, die die eCard wollen, drangen darauf: "Wir müssen dieses aber klären. So wie Ihr das jetzt sagt, Stichwort Momentaufnahme, das reicht uns nicht!"

\*

**Was ist in diesem Jahr seitdem passiert? A)** In dem Jahr haben wir den eisernen Willen zum Durchregieren von Frau Schmidt und ihren Leuten erlebt. **B)** Wir vernahmen, dass sich Frau Merkel zusammen mit dem Microsoft-Chef Gedanken über die Zukunft der deutschen Praxen machte. Ja, dass es eigentlich gar keine Praxen mehr geben bräuchte, sondern dass eben die alte DDR-Poliklinik auch für die westliche Welt von Vorteil sei. **C)** Zu den Tests muß man sagen: es sind miserabelste Karikaturen von Tests. Jeder von uns, der ärztliche Studien über Arzneimittel, Operationstechniken kennt, der weiß, was da für ein Aufwand getrieben wird: diese Tests der eCard liegen ja noch unterhalb von Anwendungsbeobachtungen. Das sind Vorgehensweisen, die nicht valide sind. Aber es scheint sich offenbar hier auch schon einzubürgern.

**D)** Die **Kryptographie-Funktion der eCard:** da war jetzt im Februar 2008 erst die Ausschreibung vorgesehen. Verstehen Sie, diese Kryptographie existiert nicht einmal konzeptionell. Es gibt ein Pflichtenheft, was die Kryptographie können soll. Sie soll edel, hilfreich und gut sein, schnell wie Windhunde, hart wie Kruppstahl ... Aber wie sie funktioniert

und wer das machen soll, ist gerade erst ausgeschrieben worden. Ich war auf der CeBIT und habe dort Herrn Bonertz, den kaufmännischen Geschäftsführer der gematik, öffentlich angesprochen: es sei ja doch befremdlich, dass wir uns offenbar auf der Startbahn in einem beschleunigenden Flugzeug befinden, wo für die Landebahn auf der anderen Seite noch nicht einmal die baurechtlichen Vorerörterungen stattgefunden haben.

Er hätte sagen können "Wenn es ein genügend langer Flug ist, haben wir ja Zeit..." Es erinnert uns auch an den Beginn der Nuklearnutzung, wo man gesagt hat: "Warum müssen wir denn 'ne Entsorgung realisieren. Der Brennstab, der hält erst mal zwanzig Jahre. Also nehmen wir das Kraftwerk erstmal ans Netz. In achtzehn Jahren müssen wir uns natürlich Gedanken machen über die Entsorgung!" Nachdem wir am Anfang doch diese großsprecherische Propaganda erlebten: "An unserem deutschen System soll die Welt genesen", hat man sich von dieser Gigantomanie jetzt eher auf eine Salami-Taktik rückbesonnen. Das Motto ist nun das modulare Vorgehen. Das bedeutet, im Roll-Out werden diese Anlagen in unseren Praxen für vier bis acht Milliarden Euro zunächst die herkömmlichen Krankenversicherungskarten simulieren. Und ein Photo drauf haben. **Alle übrigen Funktionen, die auf diesen Karten drauf sind und die ja dieses ganze Netz brauchen, werden überhaupt nicht angeschaltet. Also sagt Herr Bonertz "Was wollen Sie dann noch?!"** Das heißt, wenn Sie mit einem Flugzeug auf der Autobahn fahren und nicht fliegen, dann brauchen Sie doch keinen Pilotenschein, dann reicht ein Busführerschein!

Ich glaube wirklich, wenn man hinter die Kulissen der Gegenseite gucken könnte: denen geht's nicht gut! Nichts klappt. Die **Politik und ihre Leute können den Bürgern überhaupt nichts vorführen von dem, was sie geschafft haben.** *(Dass sie was geschafft haben ist leider wahr. Diese Dinge sägen an den Strukturen einer autonomen, freien Arztarbeit in den Praxen und sägen auch an der Freiheit des Patienten. Freie Arztwahl wird mit diesen Programmen außer Kraft gesetzt. Für ein Linsengericht = Krankenkassenbeitragskürzung optieren die ahnungslosen Pflichtversicherten gegen alles, was ihnen eigentlich, wenn sie einmal krank würden, wichtig wäre, das ist klar.)* Aber in der Vorführebene gelingt doch nichts! Kein Roll-Out will funktionieren. Die aufgestellten Hardware-Lösungen in den Praxen sind wirklich lächerlich! Ich bin in Testpraxen gewesen. Die Testärzte sind nach sechs Monaten so reif, dass sie im Fernsehen und in der Lokalpresse sagen "Dies Zeug muß verboten werden!" Und das finde ich natürlich beeindruckend, wenn Tester sich wirklich wandeln. Wenn sie sich zwar anfangs in dieses Projekt verlieben und für nicht ganz so uninteressante 6500 € ihrem Kind im Manne fröhnen. Aber dass sie schließlich ernüchert sagen: "Das macht uns die Betriebsabläufe kaputt. Das zerstört uns wirklich einfach die Adhäsion zwischen Patient, Arzthelferin, Praxisarzt!" Das finde ich respektabel.

Letztes Jahr wurde uns gesagt "*Sie dürfen auf keinen Fall diesen Beschluß treffen, machen Sie einen anderen! Weil: **wir brauchen das Jahr, um Erfahrungen zu sammeln.** Und um dann über die Ergebnisse zu reden.*" Wir müssen in Ulm also dafür sorgen. Wir wollen diese Ergebnisse nach einem Jahr jetzt wirklich hören, aber wir werden sie nicht hören. Weil, es keine Ergebnisse gibt! Es wurde gesagt "In einem Jahr können wir dann besser abstimmen" Wir werden leider gar nicht besser abstimmen können.

Aber meinen Sie etwa, dass Berlin jetzt sagen würde "Dann können wir die eCard eben nicht einführen, die Selbstverwaltung hat leider..." Nein! Dann wird **Ersatzvornahme** gemacht. In den gesetzlichen Regelungen ist eine Hintertür drin. Egal, was wir wollen, wofür wir Ärzte sind oder wogegen wir sind, das Bundesgesundheitsministerium kann mittels Ersatzvornahme sagen "*Jetzt nehme ich der Selbstverwaltung - da sie unfähig ist - die Sache aus der Hand und mache es selbst!*" Das ist eine kollektive Entmündigung und ein Hohn auf die Bemühungen all derer, die noch mit gutem Herzen in der Selbstverwaltung arbeiten.

\*

Gut, jetzt einige Punkte noch zum Schluß...

Zunächst das, was hier über Österreich mit der dort schon eingeführten ELGA gesagt worden ist. Im Gegensatz zu einem Patienten, der bei uns mit einer herkömmlichen Karte kommt - und da steht derzeit noch drauf "gültig bis 11/2009" - riskieren Sie online ständig einen **Vorbehalt der Kostenzusage der Kassen**. Erst im Moment des online-Verbindungsaufbaus teilt Ihnen die Kasse mit: *"Dieser Patient ist aktuell bei uns versichert."* Oder: *"Da einige Unterlagen vom Arbeitsamt noch nicht beisammen sind, können wir jetzt keine Kostenzusage machen. Machen Sie was mit dem! Ja, dem geht's schlecht, dem tut was weh. Improvisieren Sie. Vielleicht haben Sie Ärztemuster!"* So was kann es doch nicht geben! Diese Unsicherheit, jede Menge auch administrative Fehler, objektiv hätte am Dienstag eine Kostenzusage erfolgen müssen. Und sie unterbleibt nur aufgrund eines Datenfehlers seitens der Administration!

Schließlich noch etwas zur einem rechtlichen Problem: zur **Frage der Einwilligung**. Was ist eine gültige rechtliche Einwilligung durch meine Patienten in den Gebrauch der eCard? Jeder der chirurgisch tätig ist oder auch wir Internisten, wenn wir eine Marcumar-Behandlung anfangen, wir alle müssen eine rechtsgültige Einwilligung vom Patienten erwirken. Und es darf kein geschockter Patient sein, gerade von der Autobahn gebracht. Wir müssen bei bestimmten Eingriffen sogar 24-Stunden-Fristen einhalten.

Neuerdings wird gesagt "Wenn der Patient am Empfang seine Chipkarte überreicht und dann außerdem noch seine PIN-Nummer eintippt, **dann ist das konkludent eine Einwilligung.**" Verstehen Sie, anstatt des Rechtsakts einer Einwilligung. Man meint ein "einwilligungsähnliches Verhalten" zu beobachten, das uns - konkludent - sagt "Das hätte er ja nicht gemacht, wenn er das nicht gewollt hätte." Das ist für mich eine skandalöse Untergrabung - das sage ich jetzt noch einmal als Richter - von jeglichem niveaull gestalteten rechtsförmigen Verhalten und Vorgehen. Da bedeutet wirklich Bananenrepublik hoch drei!

Nur, die Bevölkerung weiß nichts davon. Das heißt für mich zum Schluß: unsere größte Aufgabe wird sicherlich sein, **unserer Bevölkerung das alles mitzuteilen**. Der nächste Schritt, nachdem wir die Ärzteschaft schon relativ gut informiert haben, muß sein, dass wir die Patienten über das informieren, was über ihre Köpfe hinweg mit ihnen geplant ist. Weil viele sich wirklich wie Kinder verhalten: *"Gibt es ein Handy, gibt es einen i-pod? Ich will es alles haben! Es gibt 'ne Payback-Card, gebt sie mir, gebt sie mir!"* Auch hier wird natürlich eine ganz große Leckerei drauf inszeniert. *"Hast Du schon eine? Ich will auch eine!"* Und da müssen wir wirklich rechtzeitig auf dem Plan sein. Die Krankenkassen beginnen schon Photo-Einschick-Wettbewerbe, wo die originellsten Photos prämiert werden. Können Sie bei mir einsehen. Die machen es über schonungsloses Akzeptanzmarketing. Und da müssen wir an der Information der Patienten wirklich noch sehr viel arbeiten und tun!

Dr. Axel Brunngraber, Hannover