

# E-Gesundheitskarte – nützlich, lästig, schädlich?

Kritische Anmerkungen aus dem Ausschuss „E-Health“ der Ärztekammer Nordrhein

von *Christiane Groß und Johannes Vesper\**

Die Ärztekammer Nordrhein hat in der Legislaturperiode 2005-2009 einen Ausschuss „E-Health“ eingerichtet, der sich mit Telemedizin und Telematik im Gesundheitswesen und derzeit schwerpunktmäßig mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) befasst. Die möglichen Auswirkungen der Einführung von eGK für den ärztlichen Arbeitsalltag sollen im Ausschuss analysiert und bewertet werden.

Für den Ausschuss kristallisieren sich mit Einführung der eGK und der dazu notwendigen „telematischen Infrastruktur“ neben möglichen Chancen auch gravierende Risiken heraus. Diese werden mit zunehmender Aktivität der Gematik, der Gesellschaft, welche die Einführung im Auftrage der Politik unter Beteiligung von Krankenkassen, der Äken der KVen und der DKG betreibt, immer deutlicher.

## Elektronisches Netz

Innerhalb des Aktionsprogrammes der Bundesregierung „Innovationsgesellschaft Deutschland“ (1999) wurde die Einführung der eGK ein politisches Ziel und zugleich eine riesige organisatorische Aufgabe, die zur Verbesserung von „Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung“ dienen soll. 80 Millionen Versicherte erhalten eine eGK. 120.000 Praxen und 2.000 Krankenhäuser sollen mit 22.000 Apotheken vernetzt werden. Als eGK wird sowohl die Ausweiskarte des Patienten als auch die

durch diese ermöglichten Anwendungen<sup>1</sup> verstanden.

Die eGK ermöglicht eine schnelle aktuelle Identifizierung des Versicherten und seines Versicherungsstatus (Pflichtanwendung durch den VSDM = Versichertendatenmanagement<sup>2</sup>) und ist zugleich eine Chipkarte mit Schlüsselfunktion für ein noch zu erstellendes elektronisches Gesundheitsnetz.

Eine weitere Pflichtanwendung der eGK stellt das elektronische Rezeptieren (eRezept) dar. Dieses Konzept soll so bald als möglich auf alle medizinischen Verordnungen ausgedehnt werden (VODD = Verordnungsdatendienst).

Neben der Akzeptanz der elektronischen Rezeptdatenübermittlung, die für den Patienten gegenüber dem Papierrezept wenig Vorteile erkennen lässt, erhofft sich die Politik eine breite Zustimmung der Patienten bei den so genannten freiwilligen Anwendungen, insbesondere der Speicherung von Notfalldaten (Notfalldatensatz) mittels der eGK.

Grundsätzlich wird es drei mehr oder weniger redundante elektronische Datensammlungen geben. Bei Netzausfällen, Hausbesuchen oder im Notfallmanagement wird sogar eine vierte Datensammlung notwendig sein

1. Die *Primärdokumentation* bzw. *ärztliche Patientenakte (äPA)*: Hierunter ist die eigene elektronische Dokumentation des Arztes in Klinik und Praxis zu verstehen, die für die von ihm behandelten Patienten alle für die aktuelle Behandlung notwendigen

Daten (Anamnese, Labordaten, Befunde bildgebender Verfahren, inklusive relevanter Fremdinformationen wie Einweisungs- oder Überweisungsarztbriefe) beinhaltet.

2. Die *elektronische Patientenakte (ePA)*: Die ePA wird entsprechend des Patientenwunsches vom Arzt geführt (= moderiert) und ermöglicht mittels eGK die Ablage aller Daten auf Servern (oder bei kürzeren Informationen auf der Karte selbst). Im „Idealfall“ enthält diese ePA alle Informationen aller jemals behandelnden Ärzte einschließlich aller an Dritte (z. B. in Form von Arztbriefen, Attesten, Rezepten und sonstigen Verordnungen) übermittelten Informationen. Bei der ePA kann der Patient jedoch durchsetzen, dass Daten gelöscht (verändert) werden, wenn Sie ihm unzutreffend bzw. inopportun erscheinen. Damit bleibt die ePA in der so genannten Daten-Hoheit des Patienten, obwohl sie arztmoderiert geführt wird. Diese Datenhoheit bedeutet, dass der Patient grundsätzlich bestimmt, welche Daten dokumentiert oder später gelöscht werden und welche Daten wem zur Verfügung gestellt werden sollen. Der Arzt kann sich somit nicht auf die Daten der ePA verlassen. Er darf diese Information nur als Ergänzung seiner Primärdokumentation verstehen im Sinne einer zusätzlichen Fremdanamnese. Da der Arzt

\* Dr. med. Christiane Groß ist Vorsitzende des Vorstandsausschusses E-Health der Ärztekammer Nordrhein und Vorstandsmitglied der ÄkNo; Dr. med. Johannes Vesper ist Mitglied des Ausschusses E-Health und der Kammerversammlung.

<sup>1</sup> [http://www.gematik.de/\(S\(oofpts55t3kj1nedjrrnk55\)\)/upload/gematik\\_FA\\_Anwendungen\\_des\\_Versicherten\\_V1\\_0\\_0\\_631.pdf](http://www.gematik.de/(S(oofpts55t3kj1nedjrrnk55))/upload/gematik_FA_Anwendungen_des_Versicherten_V1_0_0_631.pdf)

<sup>2</sup> [http://www.gematik.de/\(S\(oofpts55t3kj1nedjrrnk55\)\)/upload/gematik\\_VSD\\_Fachkonzept\\_VSDM\\_V1\\_0\\_0\\_653.pdf](http://www.gematik.de/(S(oofpts55t3kj1nedjrrnk55))/upload/gematik_VSD_Fachkonzept_VSDM_V1_0_0_653.pdf)

die elektronische Patientenakte zusammen mit dem Patienten führen muss, wird dafür zusätzliche Zeit benötigt.

3. Die *elektronische Gesundheitsakte (eGA)*: Neben der Dokumentation in der ePA kann der Patient mittels der eGK eine eigene elektronische Akte führen. Vorstellbar sind Dokumentationen über frühere Erkrankungen und freiverkäufliche Arzneimittel, Patientenverfügungen oder Zusatzinformationen über Krankheiten.
4. Die *Fail-Back-Akte*: Sie dient der Datensicherung und Dokumentation, um bei Netzausfall weiterarbeiten zu können und muss durch den Arzt als repräsentativer Auszug – z. B. in Papierform – vorgehalten werden.

Nach dem derzeitigen Stand der Umsetzung ist entgegen der ursprünglichen Planung nicht damit zu rechnen, dass die eGK vor 2009 flächendeckend ausgegeben wird. Auch mit dem Beginn des Testbetriebes (10.000er-Test in den Modellregionen), dessen Aufgabe die Erprobung der Pflichtanwendungen VSDD und VODD sein soll, wird frühestens 2007 gerechnet. Zu viele ungelöste konzeptionelle und technische Detailfragen lassen einen Probetrieb vorher als Ressourcenverschwendung erscheinen.

### Elektronische Schlüssel

Bei der Einführung eGK sollen zunächst die für Ärzte und Patienten verpflichtenden Anwendungen VSDD und VODD umgesetzt werden. Während die weitere Nutzung der eGK für den Patienten freiwillig bleiben soll, wird sie dann für den Arzt verpflichtend, wenn ein Patient die Dokumentation von Daten oder das Lesen von gespeicherten Daten verlangt. Zum Lesen oder Dokumentieren der Daten werden als elektronische Schlüssel sowohl die elektronische Chipkarte des Patienten (eGK) als auch der elektronische Ausweis des Arztes (HBA) benötigt.

Im Gegensatz zur eGK steht der als elektronischer Schlüssel für den Betrieb der eGK benötigte HBA (Heilberufsausweis nach § 291a SGB V, Health Professional Card = HPC) bald zur Verfügung. Schon auf der Medica 2005 wurden erste HBAs als elektronische Arztausweise (eAs) – noch ohne die qualifizierte Signatur – durch die Ärztekammern ausgegeben. Auf der Medica 2006 wurden erste Anwendungen von eAs mit elektronischer Signatur (z. B. elektronische Unterschrift bei Dokumenten, Arztbriefübermittlung, Einsicht auf Fortbildungskonten oder Rentenkonten) demonstriert.

### Elektronisches Rezept

Schon die Einführung des eRezeptes als erste und angeblich sehr überschaubare Pflichtanwendung der eGK birgt erhebliche Probleme. Selbst wenn lange vehement durch die Bundesnetzagentur abgelehnte Möglichkeit einer Stapelsignatur (elektronische Signatur von mehreren eRezepten durch eine PIN-Eingabe) oder gar einer Comfort-Signatur (z. B. biomechanische Identifikation) bei den eRezepten möglich sein wird, bleiben Bedenken über die Praktikabilität im Alltag bestehen. Was passiert, wenn die Apotheke ein verordnetes Medikament nicht ausliefern kann? Umschreibungen nach telefonischer Rücksprache wie bisher sind mit dem eRezept nicht möglich. Wie werden Rezepte auf Hausbesuchen ausgestellt? Dazu wird zumindest ein Lesegeräte für beide Karten und ein Laptop – ggf. zusätzlich ein mobiler Netzzugang – nötig sein. Auch für BTM-Rezpte gibt es noch keine abgestimmte Regelung.

Dies alles scheint darauf hinzuweisen, dass neben dem eRezept auch für viele weitere Jahre das Papierrezept notwendig sein wird. Zurzeit ist das herkömmliche Rezept auf Papierbasis laut Verordnungsdatenmanagement-Konzept<sup>3</sup>

sowohl bei Hausbesuchen als auch in vielen anderen Fällen die einzige Ersatzlösung. Wie man die handschriftlich erstellen Verordnungen in die elektronische Dokumentation einpflegt, wird im Konzept der Gematik nicht aufgezeigt. Damit wird deutlich, dass das vorliegende eRezept-Konzept noch unzureichend ist und eine Nachbesserung aus ärztlicher Sicht schon vor der Testphase geboten wäre.

Für die Mitarbeiter in Praxen und Krankenhäusern (juristisch „berufsmäßigen Gehilfen“) werden SMC-basierte Lösungen (Secure Model Card) diskutiert, die damit arbeiten, dass der HBA des Praxisinhabers den Zugang zu den Daten für die gesamte Praxis/Abteilung ermöglicht. Damit wird das Krankenhaus- und Praxispersonal im Auftrag von Praxisinhabern oder Institutsleitern Berufsausweise über die zugelassene Zertifizierungsdiensteanbieter ZDA der ärztlichen eAs erhalten.

### Zugriffsrechte unklar

Es bleibt jedoch weiterhin offen, wie die bisher noch nicht definierten Zugriffsrechte für weitere nicht verkammerte Heilberufler (z. B. Pflege, Hebammen, Physiotherapeuten, Handwerker im Gesundheitsbetrieb, wie z. B. Optiker, Hörgeräteakustiker, etc.) definiert werden. Die Angehörigen dieser Berufe müssen zumindest auf an sie gerichtete elektronische Verordnungen zugreifen können. Aus ärztlicher Sicht ist jedoch deren weitergehende Forderung, auch auf die gesamte ePA zugreifen zu können, abzulehnen.

### Schutz vor Missbrauch

Durch standardisierte Datenformate und die damit verbundene Möglichkeit der automatisierten Weiterverarbeitung in Praxis und Klinik kann die elektronische Kommunikation zwischen den behan-

<sup>3</sup> [http://www.gematik.de/\(S\(oofpts55t3kj1nedjrrnkh55\)\)/upload/gematik\\_VOD\\_Fachkonzept\\_VODM\\_V1\\_0\\_0\\_652.pdf](http://www.gematik.de/(S(oofpts55t3kj1nedjrrnkh55))/upload/gematik_VOD_Fachkonzept_VODM_V1_0_0_652.pdf)

delnden Ärzten und zwischen stationärem und ambulanten Sektor die tägliche Arbeit erheblich erleichtern und verkürzen.

Da der derzeit geplante Speicherplatz auf der Chipkarte selbst nicht ausreicht, um Labordaten, Daten bildgebender Verfahren, Befunde und Arztbriefe zu speichern bzw. zu übermitteln, muss der Platz entweder durch lokale Speichermöglichkeit (z.B. USB-Stick, oder viel größere noch sehr teure Chipkartenspeicher) erweitert werden, was technisch unproblematisch wäre, oder es müssen die Patientendaten auf einem Server (zentral oder dezentral) gespeichert werden, was aus Datenschutzgründen höchst problematisch wäre.

### Gesicherter Netzzugang

Notwendig für die Anwendung von eGK und HPC sind schnelle Zugänge zum Internet. Unklar ist, welche Anforderungen Kliniken und Praxen als Schutz vor unerlaubten Zugriffen aus dem Netz zukünftig erfüllen müssen. Bisher dürfen EDV-Anlagen auf denen sich Patientendaten befinden nicht mit dem Internet verbunden sein. (Nicht alle Ärzte, die sinnvollerweise das Internet als aktuelle Informationsquelle für Diagnostik und Therapie ihrer Patienten nutzen oder für ihre Abrechnungssysteme Updates herunterladen müssen, halten diese Trennung ein oder leisten sich die technisch aufwändige, wartungsintensive Absicherung, die im Rahmen eines sorgfältigen Umgangs mit Patientendaten erforderlich ist.)

Die Einwände von Datenschützern werden und wurden gehört, aber nicht umgesetzt. Die ärztliche Schweigepflicht wird unter den allgemeinen Datenschutz subsumiert, technisiert und damit mehr und mehr der ärztlichen Verantwortung entzogen.

Der Nutzen der Notfalldaten erscheint aus notärztlicher Sicht eher marginal, da bei einem akuten Einsatz das schnelle Handeln im Vordergrund stehen muss. Lediglich bei

der anschließenden Weiterversorgung kann die Dokumentation der Notfalldaten nützlich sein.

### Kostenfrage offen

Völlig unklar sind schließlich die Kosten der Einführung von eGK. (Grobe Schätzungen ergaben Kosten von 1,4 Milliarden Euro. Bei neueren Erhebungen sind Kosten bis zu 7 Milliarden im Gespräch). Bei der ursprünglichen Berechnung war die notwendige technische Ausrüstung von Kliniken, Praxen und weiteren Gesundheitsberuflern dabei nicht vollständig berücksichtigt. Die derzeit diskutierten Beträge können nur allgemeine Durchschnittswerte darstellen; zu unterschiedlich ist die elektronische Grundausstattung der Praxen und Krankenhäuser. Insbesondere auch für die täglichen Umsetzung im Praxisablauf fehlen plausible Kostenschätzungen ebenso wie valide Refinanzierungsvereinbarungen.

Planungstermine, Kosten, Konzepte, die technische Umsetzung dieser Konzepte und die Praktikabilität der eGK erscheinen nach wie vor erschreckend diffus. Es gibt z. B. bisher keinen funktionierenden Modellarbeitsplatz, an welchem Ärzte testen könnten, wie die Verordnung eines eRezeptes vonstatten gehen soll.

Da tröstet auch nicht, dass andere europäischen Ländern auch mit Problemen zu kämpfen haben. Das Chaos in Österreich beim Ausfall des zentralen Servers ging durch die

Presse. Die ursprünglich geschätzten Kosten der eGK in England werden um ein Vielfaches überschritten.

### Wachsende Skepsis

Bei zunehmender Beschäftigung mit dem Projekt wächst die Skepsis. Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein hat am 18. November 2006 ihre Kritik an der eGK bzw. ihre Ablehnung der aktuellen Konzeption festgestellt (*siehe auch ab Seite 10*). Unverständlich ist, warum die eGK mit allen Funktionen ausgestattet eingeführt werden soll. Eine eGK zunächst nur zur Identifikation des Versicherten und seines Versichertenstatus wäre technisch wohl in absehbarer Zeit zu bewältigen (vgl. Österreich), wäre dem Gesundheitswesen nützlich (Reduzierung des Kartenmissbrauchs) und könnte gesichtswahrend eingeführt werden.

Das finanzielle Interesse der IT-Wirtschaft berechtigt jedenfalls nicht dazu, das Gesundheitswesen mit einer unpraktikablen, in ihrer Unfertigkeit nicht akzeptablen und noch dazu kostenintensiven Lösung zu belasten.

Natürlich wird im Gesundheitswesen die Informationstechnologie Einzug halten. Akzeptanz ist aber nur dann zu erwarten, wenn der Nutzen für Patienten steigt, die Arbeitsbedingungen für Ärzte verbessert werden, die Zeit für bürokratische Handlungen verkürzt wird und die Finanzierung auf einer seriösen Basis steht.

Damit kleine Kinderseelen wieder lachen lernen.

Die KinderschutzAmbulanz am Evangelischen Krankenhaus in Düsseldorf betreut und therapiert seelisch und körperlich misshandelte Kinder.

Ihre Spende hilft, damit diese Kinder wieder unbeschwert lachen können.



Spendenkonto-Nr. 43 000 900  
Stadtparkasse Düsseldorf  
BLZ 300 501 10  
Kennwort: KinderschutzAmbulanz

[www.kinderschutzambulanz.de](http://www.kinderschutzambulanz.de)



**Die KinderschutzAmbulanz**

Wir helfen misshandelten Kindern.