

## Die Zehn populärsten Irrtümer zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und Patientenakte (ePA)

Wer dieser Tage die Financial Times Deutschland liest, weis woher der Wind weht. Da trafen sich Ende Januar in Köln Wirtschaftsmanager mit staatlichen Krankenhausexperten, Staatssekretären und Politikern, um über die Zukunft zu diskutieren: Der Gesundheitsmarkt soll industrialisiert werden, neue Wertschöpfungsketten entstehen und Patientenströme (wohl ein Synonym für Versicherungsgelder) besser gelenkt werden! Uwe Reinhardt, ein weltweit bedeutender Gesundheitsökonom von der Princeton University, bringt es auf den Punkt: „In jedem Industrieland ist der Gesundheitssektor die Lokomotive für die Wirtschaft ... In den vergangenen 200 Jahren war das Management des Gesundheitswesens den Ärzten überlassen worden und die haben gezeigt: Sie können es nicht.“ („Nicht ohne die Patienten“, FTD 15.03.2007)

Nun, um Patientenströme und Versicherungsgelder effektiv zu lenken, brauchen wir eine schnelle Einführung der eGK und ePA, und damit befinden wir uns auch schon mittendrin im weltweit ehrgeizigsten IT-Projekt. Dies wurde generalstabsmäßig vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geplant, auch wenn der Zeitplan, die Karte sollte ja bereits Anfang des Jahres 2006 eingeführt sein, nicht eingehalten werden konnte. Unterdessen wird auch in den Testregionen außer dem Einlesen einer Vorläuferkarte noch nichts getestet und auch wenn dabei bereits Probleme aufgetaucht sein sollen („Die Karte funktioniert in Tests, die Skepsis der Ärzte bleibt“, Ärztezeitung Nr. 45, 9./10.03.2007), hören wir aus dem BMG vom verantwortlichen Staatssekretär Klaus Theo Schröder immer nur die gleichen Worte: Alles laufe planmäßig!

Dabei ist noch nicht einmal gelöst, wie die Bilder der Versicherten auf die Karten gelangen sollen, man bedenke nur all die bettlägerigen Patienten, die nicht zu einem Fototermin erscheinen können. Auch die Backend-Struktur dieses gigantischen IT-Projektes ist ungeklärt, schließlich müssen alleine schon durch das eRezept tausende simultane Zugriffe gesteuert und Milliarden Dokumente jährlich in die Langzeitarchivierung von 15 und 30 Jahren überführt werden.

Dabei begann alles sehr vielversprechend. 2004 beschlossen die Abgeordneten des deutschen Bundestages, die Datenschutzbeauftragten von Bund und Ländern und die Organe der Selbstverwaltung gemeinsam mit dem BMG, dass in den Testregionen sowohl eine dezentrale als auch eine zentrale Datenspeicherung getestet werden soll, um Funktionalität, Patientenfreundlichkeit, Bürgerakzeptanz und Datenschutzkonformität zunächst einmal zu beurteilen. Am 27. Sept. 2005 erfolgte dann durch eine „Ersatzvornahmemöglichkeit durch Rechtsverordnung mit vorgeschaltetem Weisungsrecht“ die vorzeitige Festlegung auf eine zentrale Datenspeicherungs-lösung. Weder die „Gesellschafter für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH“ [gematik, ein nicht ganz zufällig Staat (BMG) mit KBV, BÄK, GKV und Wirtschaft] noch irgendeine andere Organisation hat nun noch eine Möglichkeiten zur Ausgestaltung. Rechtlich zementiert wurde ein solches Vorgehen durch den § 291 b Abs. 4 SGB V, der dem BMG - ohne Zustimmungsrecht durch den Bundesrat - maximalen Einfluss ohne wirtschaftliche und juristische Haftung, diese liegt bei der gematik, sichert. Eins sollte uns klar sein, egal unter welchen „Spielregeln“ die eGK und ePA letztendlich eingeführt wird, diese können jederzeit per Verordnung nachträglich verändert und z.B. der Kreis der Datenzugriffsberechtigten ohne parlamentarische Kontrolle nach Belieben des BMG ausgeweitet werden. Körperschaften und Ärzte der Testregion werden so instrumentalisiert und zu Erfüllungsgehilfen einer verfassungsmäßig bedenklichen Vorgehensweise des Staates. Diese wird begleitet durch ein flächendeckendes, durch immer gleiche Argumente getragenes Akzeptanzmarketing, das wir im Folgenden als solches entlarven werden:

## **1. Die eGK und ePA helfen, Kosten im Gesundheitswesen zu sparen!**

Für die Einzelpraxis mit bestehendem EDV-System entstehen nach Schätzungen aus der Testregion Flensburg Investitions- und Folgekosten von ca. 12.000-16.500 € in 10 Jahren.<sup>1</sup> Insgesamt kann die Einrichtung einer Telematik-Infrastruktur in Deutschland dem Gesundheitswesen in diesem Zeitraum nach Worse-Case-Rechnungen bis zu 20 Milliarden € kosten, wobei der erwartete Nettonutzen bei 500 Millionen € bzw. minus 800 Millionen € nach 5 Jahren liegen soll. Als die großen Verlierer werden die Ärzte und Apotheker genannt, ihr Nettonutzen liegt bei minus 3,7 Milliarden €.<sup>2</sup> Das BMG und die gematik wollten diese Ergebnisse der eigens in Auftrag gegebenen Booz-Allen-Hamilton-Studie verheimlichen, schließlich musste der Chaos Computer Club nachhelfen.

## **2. Die eGK unterbindet den Krankenkartenmißbrauch!**

Bei jedem Arztbesuch soll ein automatischer Datenabgleich mit der Krankenkasse erfolgen und dadurch der Kartenmißbrauch unterbunden werden. So sollen Einsparungen in Millionenhöhe erzielt werden. Bei einem Investitionsvolumen von vielen Milliarden € (s.o.) und einem uns jährlich schuldig gebliebenen Honorarausfall von 7-10 Milliarden € ein lächerlich kleiner Betrag. Die eigentlichen Interessen sind allerdings anders gelagert. Durch den Datenabgleich können detaillierte Patienten- oder Arztprofile erstellt und Krankheits- oder Behandlungsverläufe rekonstruiert werden. Es geht hier um die Kontrolle über die Gesundheitsdaten. Wer die Datenhoheit besitzt, kann Patienten, Ärzte und Versicherungsgelder nach Belieben steuern.

## **3. Auf der eGK sind alle wichtige Patientendaten gespeichert!**

Die eGK bietet neben den Pflichtangaben Platz für Notfalldaten mit Dauerdiagnosen, Unverträglichkeiten und Medikamenten. Diese Daten sollen auch ohne Pin-Sicherung mit jedem Kartenlesegerät ausgelesen werden können, soweit ein gültiger Heilberufsausweis (HBA) eines Arztes die Daten freigegeben hat. Diese eGK-Daten werden sicherlich ein breites Interesse wecken, nicht zuletzt auch von anderen Versicherungen, Banken und Arbeitgebern. Der Mißbrauch soll durch Strafandrohung verhindert werden. Der Zeitaufwand zur Erstbestückung der eGK durch den Hausarzt wird nach den Erfahrungen aus der Testregion in Flensburg mit 15 Minuten pro Patient geschätzt.<sup>2,3</sup> Bei 1000 Patienten entsteht so ein Arbeitsaufwand von ca. 250 Arbeitsstunden. Wer diese Stunden und diejenigen der zukünftlichen Pflege des Datensatzes bezahlt, ist ungeklärt. Wir erwarten weitere Honorarausfälle in Milliardenhöhe. Auch die rechtlichen Rahmenbedingungen und Verantwortlichkeiten sind nicht geklärt, werden aber sicherlich auch an den Hausarzt gekoppelt werden!

Da nur wenige Daten auf der eGK abgelegt werden können, wird zurzeit die Ablage der Patientendaten auf zentralen Servern vorbereitet. Die DAK hat inzwischen ihre Bereitschaft erklärt, in Hamburg für alle Krankenkassen und ihre Versicherten eine Lösung in ihrem Rechenzentrum zu schaffen. Hacker dringen in jedes Sicherheitssystem ein, aber nicht in einen Server der DAK! Können wir uns überhaupt bei 80 Millionen Versicherten und hunderttausend Anwendern darauf verlassen, dass nicht irgendeiner einen Fehler begeht, Viren oder Trojaner einschleust, die unsere Daten verfälschen oder ausspionieren? Wie werden wir vor solchen Risiken, die zu Behandlungsfehlern führen können und den rechtlichen Folgen geschützt? Die Schweigepflicht wird in einem solchen System auf eine harte Probe gestellt. Unabhängige Datenschutz- und IT-Experten warnen seit Jahren vor den Risiken und sehen eine nicht zu schützende, hochkritische Infrastruktur auf uns zurollen.<sup>4</sup>

#### **4. Die eGK rettet Leben, da die Notfalldaten jederzeit verfügbar sind!**

Soweit dann die Notfalldaten alle auf der eGK Platz finden, wer pflegt sie ein und wer aktualisiert sie? Wer ist verantwortlich? Da die Patienten entscheiden dürfen, welche Informationen aufgelistet werden und welche nicht, kann kein Arzt sich auf die Vollständigkeit der Notfalldaten verlassen und auch keine Verantwortung für die Vollständigkeit des Datensatzes übernehmen. Das Gleiche gilt für die Verordnungsliste der Medikamente. Haben wir Personal und Zeit im Notfall die Karte auszulesen und wenden wir uns nicht immer zuerst dem Patienten zu und erst nach dem Notfall der eGK? Ist es überhaupt die richtige Karte (altes Bild, Gesichtsverletzung, etc.)? Im übrigen haben auch die Verantwortlichen inzwischen eingesehen, das die Blutgruppe auf der eGK nichts nützt und aus ihrem Akzeptanzmarketing endlich gestrichen, denn sie muss aus rechtlichen Gründen immer neu bestimmt werden.

#### **5. Das eRezept deckt unerwünschte Arzneimittelwechselwirkungen auf!**

Arzneimittelwechselwirkungen sollen verringert bzw. vermieden werden, doch das können EDV-Systeme sowohl für Ärzte als auch für Apotheker schon heute leisten. Nachdem einer unserer Apotheker ein solches System installiert hatte, führte ich zahlreiche überflüssige Telefonate mit ihm, denn wesentlich ist immer die ärztliche Bewertung einer identifizierten Wechselwirkung. Jede banale antihypertensive Arzneimitteltherapie trägt Risiken potentieller Wechselwirkungen und die kann ich nicht immer wieder mit unseren 20 Apothekern im Ort durchgehen, bewerten und diskutieren. Vor allem spielen weitere wichtige Kontextfaktoren eine viel größere Rolle für die Arzneimittelsicherheit: Erkrankungen und Multimorbidität, Einnahmeanweisungen und -vereinfachungen, Alter, Auffassungsgabe, Geschlecht, genetischer Hintergrund (u.a. Cytochrom P450), Compliance, Pflege und Ernährungsgewohnheiten.

Das eRezept kontrolliert der Patient in Zukunft erst in der Apotheke, wenn er das Verordnete überreicht bekommt, die erste Gegenkontrolle in der Praxis entfällt. Auch der Apotheker hält auf dem Weg zum Arzneimittelregal kein Rezept mehr in der Hand und muss zur Kontrolle bei größeren Verordnungen zum Computer zurück. Entsteht dadurch mehr Sicherheit? Wird parallel ein echtes Rezept ausgedruckt, wird der vermeintliche Nutzen völlig ad absurdum geführt. Außerdem entsteht dann das Problem des zweifach vorliegenden Rezeptes, das jeweils eingelöst werden könnte. Erkennt das System Wechselwirkungen, muss der Apotheker aus forensischen Gründen die Ärzte informieren, obwohl er vielleicht schon weiß, was er zu hören bekommt. Das eRezept ist in Schweden schon seit Ende der 80ziger Jahre eingeführt, aber die Wechselwirkungsprüfung läuft immernoch per Hand. Das eRezept dient aber eigentlich auch einem ganz anderem Zweck und wieder geht es um Datenhoheit, Steuerung, Macht und viel Geld:

Die Bewertung der eRezepte soll neben anderen Kriterien wie Alter, Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsminderung und Diagnosen, die Einteilung der Patienten zu 6 Risikoklassen ermöglichen, die wiederum dienen der Steuerung des Morbi-RSA. Aus diesem Morbi-Profil des Patienten, das auch den Nachkommen anhaften wird, läßt sich in Zukunft die genetische Disposition ablesen und danach erhalten die GKV die Ausgleichszahlungen aus dem Fond und Ärzte ihre morbiditätsbezogene Vergütung. Kränkere Patienten heißt dabei für alle mehr Geld, sodass eine schlechtere Einstufung vorprogrammiert ist. Den Zuschlag für die Einführung dieses morbiditätsbezogenen Klassifikationssystems erhielt die Bostoner Firma DxCG. Die Decodierung der lebenslang mit dem Morbi-Profil einhergehenden Patientennummer, bestehend aus Geburtsdatum, Geschlecht und Postleitzahl, ist ein Kinderspiel.<sup>4</sup> Wie sicher Patientendaten aufgehoben sind, hat sich zuletzt bei der Weitergabe der DMP-Daten in

Vietnam gezeigt. Das Morbi-Profil wird in der Folge sicher auch andere Versicherungen, Banken, Wirtschaftsforschung und Arbeitgeber interessieren, der Schutz der Patientendaten kaum möglich sein. Die Versicherungen werden ggf. ihre Versicherten mit Gutschriften, Preisnachlässen, etc. ködern, um das Profil zu sichten. Später werden in Zeiten der weiteren Rationierung Medikamente und Therapien anhand des Profils freigegeben oder eben auch nicht. Die Kontrolle und Lenkung durch Staat und staatlicher Einheitskasse wird dann perfekt sein. Derzeit kommt uns nur eine Sache entgegen, das eRezept sprengt derzeit jeglichen Praxisalltag und deren Einführung wird daher auch von den Verantwortlichen der Testregion Flensburg abgelehnt („Die E-Card ist ein gigantisches Wirtschaftsförderungsprojekt“, Ärztezeitung Nr. 86, 10.05.2007).

## **6. Die eGK und ePA hilft, Doppeluntersuchungen zu vermeiden!**

Wie groß ist der Schaden, gibt es gesicherte Daten? In dem von uns überblickten Versorgungsraum sehen wir kein Problem! Doppeluntersuchungen gehen heute ohnehin in vielen Fall- und DRG-Pauschalen unter und werden so auch gar nicht mehr vergütet. Sie ließen sich noch einfacher in einem Kostenerstattungssystem vermeiden, denn Kosten unnötiger Untersuchungen würden nicht oder nur begründet zurückerstattet. Der Patient würde dann selbst darauf achten, dass keine zweite Untersuchung durchgeführt wird (Empowerment)! Doppeluntersuchungen werden eher dadurch entstehen, dass der Patient in Zukunft Befunde in seiner elektronischen Akte löschen darf.

## **7. Die eGK und ePA vereinfachen den Praxisalltag!**

Die Handhabung der eGK mit PIN und Heilberufausweis (HBA) im Praxisalltag lässt zahlreiche Fragen offen. Da ist das Problem des Zeitfensters, denn nur wenn alle genannten Komponenten Vorliegen, können Daten auf der eGK abgelegt werden. Bei später eintreffenden Befunden können eGK und ePA nicht aktualisiert werden, ohne dass der Patient erneut vorbeischaute. Die eGK braucht längere Einlesezeiten und was passiert, wenn PIN oder Karten verloren gehen bzw. durch Falscheingabe gesperrt wurden? Die ePA ist dann auch verloren und muss mit der neuen eGK auch neu angelegt werden. Wir vertrauen dann darauf, dass jeder Patient seine Karte und PIN immer bereit hält und richtig eingibt. Vergesslichkeit und Demenz müssen dann aber per Dekret aus dem BMG abgeschafft werden! Wie erhalten Pflegepersonal ohne HBA Zugang zu den Daten und auf welche Daten dürfen sie oder Verwaltungsangestellte in Krankenhäusern überhaupt zurückgreifen? Muss ein ausscheidender Arzt ohne Nachfolger sein Praxissystem weiter pflegen? Wie wird im Notfalldienst, auf Hausbesuchen, in Pflegeheimen oder Krankenhäusern verfahren? Allein das eRezept soll den Zeitaufwand um das 10fache erhöhen (im Monat bis zu 27 Std.).<sup>1</sup> Besonders der Montagmorgen und Quartalsanfang werden so zum Spaß. Einen Systemausfall wird es beim Handling mit 80 Millionen Versicherten-Daten natürlich nicht geben! Reichen uns denn nicht die negativen eCard-Erfahrungen der Hausärzte in Österreich?<sup>5</sup> Hoffentlich erkennt der Apotheker dann nicht noch einige belanglose Wechselwirkungen, denn er muss ja aus rechtlichen Gründen anrufen. Wieviel Zeit kostet die Pflege eines solchen Systems? Wer räumt uns im engen Korsett des heutigen Sachleistungssystems (Hamsterrad) die Zeit zum Anlegen, Pflegen, Laden, Lesen und Ändern der eGK und ePA ein (wieder ein Dekret aus dem BMG: Der Arzttag dauert nun 36 Std.)? Hausärzte werden hier sicherlich die Hauptlast tragen! Mit der eGK und ePA werden weder die „sprechende Medizin“ noch die medizinische Versorgung insgesamt gestärkt, sondern durch Bindung von Geld, Zeit und Personal

geschwächt. Die Arzt-Patientenbeziehung wird so zum Spielball bestehender Interessen von Staat, GKV und Wirtschaft.

### **8. Die ePA ermöglicht den Überblick über die Krankengeschichte!**

Die Datenhoheit erhält per Gesetz der Patient, d.h. er entscheidet, was in der ePA steht und was nicht. Dies wird mit dem Begriff des Patienten-Empowerment beworben. Für uns heißt das, dass die Vollständigkeit der ePA nicht gesichert ist und u.a. psychiatrische und psychosomatische Diagnosen teilweise gelöscht wurden. Ohnehin wird der Patient mit dem Wissen, der Arzt schreibt es in die ePA, nicht alle bekannten Diagnosen und Befunde mitteilen. Eine lückenhafte ePA ist aber wertlos, kann Behandlungsfehler bedingen und schafft rechtlich einen bedenklichen Rahmen. Statt den Patienten zu stärken, wird er durch die ePA eher gefährdet und nur das Mißtrauen gegenüber den Ärzten wird gestärkt!

Bei neuen Patienten werden wir uns allein schon aus forensischen Gründen erst durch den einige hundertseitenlangen virtuellen Datenkörper arbeiten müssen. Hier haben sich dann Profilneurotiker verewigt und Ärzte und Kliniken ihre Pauschal- und Werbetexte eingebaut. Aus Abrechnungsgründen (DRG) ausufernde Diagnosen werden uns den Blick auf das Wesentliche verschleiern. Sind wir dann - nach dem Lesen der ePA - noch unbefangen und ersetzt dieser empathiefreie Akt das auch durch nonverbale Elemente und ärztliche Intuition geprägte Anamnesegespräch? Fragen wir hinterher unsere Patienten nur noch ab, um die Daten mit der ePA abzugleichen? Wie fühlt sich der Patient mit seinem Anliegen, wenn der Arzt sich nur noch der erdrückenden „Beweislast“ des Computers zuwendet? Können wir überhaupt nachvollziehen, wer wann welche Daten geändert hat und treten durch gelöschte Daten nicht weitere rechtliche oder gutachterliche Probleme auf? Welcher Arzt erhält überhaupt unter welchen Umständen wann Zugriff auf welche Daten der ePA?

### **9. In den Testregionen wird die Anwendung der eGK und ePA getestet!**

Wer glaubt, die eGK und ePA wird irgendwo in Deutschland unter realistischen Praxisbedingungen getestet, den müssen wir leider enttäuschen. Dies wird auch nicht geschehen und ist auch nicht geplant, denn sonst würden alle Testärzte sofort wieder aussteigen wollen! Die Testregionen dienen vor allem dem Akzeptanzmarketing von Politik und Wirtschaft. Die gematik investiert auch lieber in prominente Werbeträger aus Funk- und Fernsehen oder bringt flächendeckend Werbebroschüren heraus, die fast ausschließlich mit den hier genannten Irrtümern werben. Die Vertreter der Testregionen werden auch gerne zu besonderen Werbeveranstaltungen z.B. MEDICA eingeladen, doch keiner der „Entscheider“ aus Wirtschaft und Politik will wirklich, dass Ärzte der Basis an wesentlichen Entscheidungsprozessen beteiligt werden (s.u.).<sup>6</sup>

### **10. Patienten und Ärzte brauchen die Telemedizin und somit die eGK!**

Die eGK ist natürlich nicht die Voraussetzung für einen besseren Datenaustausch zwischen Ärzten und Kliniken, hier können Ärztenetze und –verbände bereits funktionierende Lösungen vorweisen. Die eGK soll vielmehr den Zugriff des Staates und der GKV auf die Daten der Ärzte und Patienten ohne „Medienbruch“ ermöglichen. Der Staat hat bereits durch die zurückliegenden „Reformen“ seine Steuerungsmacht im Gesundheitswesen weiter ausgebaut und die Handlungsfähigkeit der Ärzteschaft durch zahlreiche Maßnahmen gebunden (Budgets, Regresse, DMP, QM, u.v.m.). Dies wurde bewußt und jahrelang im voraus von Strategen wie Herrn Prof. Lauterbach (Aufsichtsrat der Rhön-Kliniken-Aktiengesellschaft) geplant. Dabei geht es aber

nicht nur um staatliche Steuerungsmacht, sondern auch um handfeste wirtschaftliche Interessen. Die systematische Diffamierungen und Beschimpfungen der Ärzteschaft als Lobbyisten und die Benutzung der Körperschaften als Umsetzungsgehilfen sind dabei nur strategische Bauteile eines Handlungsplans von Politikern und staatlichen Gesundheitsökonomern (die hier genannte Quelle lohnt sich wirklich zu lesen).<sup>7</sup>

Nachdem der Kliniksektor in Deutschland weitgehend übernommen wurde, wird nun nach dem VÄndG und WSG auch die ambulante Versorgung zum attraktiven Wachstumsmarkt für Privatkliniken, die flächendeckend Medizinische Versorgungszentren (MVZ) einrichten wollen. Als Motor für diesen neuen Gesundheitsmarkt soll die Gesundheitstelematik (e-Health) dienen und auch wenn uns die eGK schrecken mag, die IT-Branche setzt sie in Anbetracht der Gewinne ins Verzücken. Dabei wird ganz nebenbei der Datenhunger von GKV und staatlich gelenkter Forschung mit befriedigt. In dieser neuen e-Health-Welt und auf diesem neuen Gesundheitsmarkt spielen niedergelassene Ärzte keine und Patienten allenfalls eine virtuelle Rolle (siehe Teilnehmerliste des 1. Gesundheitskongresses des Westens für e-Health, auf dem die „Reform“ vor ihrem In-Kraft-Treten gefeiert worden ist).<sup>6</sup>

Dazu ein aufschlussreiches Zitat des e-Health-„Protagonisten“ Philipp Grätzel von Grätz, der sowohl für die Ärztezeitung als auch für die Zeitschrift EHealthCom für die „Entscheider im Gesundheitswesen“ schreibt:

„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 werden soll in diesem Beitrag das organisatorisch-technische Szenarium einer Medizin in Zeiten des Cyberspace, ein Szenarium, in dem der Patient der unumschränkte Herr über seine zentral gelagerten Akten ist... Wie könnte das aussehen? Die Überwachungscomputer mit ihren 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 Webkamera. 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 für die Grundversorgung, die keine feste Praxis mehr hätten, sondern permanent auf Hausbesuch wären.“<sup>8</sup>

Diese über unsere Köpfe hinweg geplante Zukunft mit zu angestellten „Cyber“-Doktoren mutierten Hausärzten, die nach amerikanischen Vorbild des „Managed Care“ im Callcenter sich durch den Datenkörper virtueller Patienten arbeiten sollen und nach staatlichen Vorgaben entscheiden müssen, ob dieser die Gemeindeschwester, den Telearzt, den „fliegenden Arzt“ oder mit Zusatzversicherung auch einen Facharzt im MVZ oder auf der Station der Privatklinik zu sehen bekommt, macht uns wirklich angst. Der kranke Mensch verkommt zur Ware. Ein solcher Gesundheitsmarkt nützt nur dem Lenkungs- und Steuerungswahn des Staates, der steuerliche Mehreinnahmen erzielt und der erstarkenden Gesundheitsindustrie, die aus dem Topf der Versicherungsgelder Gewinne abschöpfen möchte. Staat und Wirtschaft befinden sich dabei in einer Win-Win-Situation, Verlierer werden die Patienten- und Ärzteschaft sein.

**Dr. med. Svante C. Gehring**

Facharzt der Inneren Medizin, Hausarzt aus Norderstedt

**Quellen:**

<sup>1</sup>Dr. Eckehard Meissner: Elektronische Gesundheitskarte und Telematik im Test bei Kollegen. Erfahrungen aus dem Praxisnetz Flensburg. Medical Tribune 41(51/52): 2006.

<sup>2</sup>gematik: Dr. Rainer Bernnat von Booz-Allen-Hamilton: Endbericht zur Kosten-Nutzen-Analyse der Einrichtung einer Telematik-Infrastruktur im deutschen Gesundheitswesen. 31.07.2006

<sup>3</sup>Dirk Schnack: Kartentest in Flensburg. Das Hauptproblem der Karte ist die Übernahme der Kosten. Ärztezeitung 45:2007.

<sup>4</sup>Thomas Maus: Gesundheitskarte und Gesundheitstelematik – 1984 reloaded?

<sup>5</sup>[www.hausaerzteverband.at](http://www.hausaerzteverband.at)

<sup>6</sup>[www.gesundheitskongress-des-westens.de](http://www.gesundheitskongress-des-westens.de)

<sup>7</sup>Michael Noweski: Der unvollendete Korporatismus. Staatliche Steuerungsfähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Sept. 2004.

<sup>8</sup>(aus der Einleitung des Buches „Vernetzte Medizin“, 2004 Heise Verlag)

**Weitere Quellen:**

[www.diekrankheitskarte.de](http://www.diekrankheitskarte.de);

[menschen.wuer.de](http://menschen.wuer.de);

[www.egk-kritik.info.de](http://www.egk-kritik.info.de)