

**E-Health-Gesetz** Das kommende Gesetz zur „Elektronischen Gesundheit“ zeichnet sich durch ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber den Leistungsträgern in der Medizin aus.

Von Dr. Silke Lüder

# Realitätsferner Überwachungswahn



**Dr. Silke Lüder**

Stellvertretende Vorsitzende der  
Vertreterversammlung der KVH

Freitag, 3. Juli 2015. Der Deutsche Bundestag berät vor spärlich besetzten Abgeordnetenbänken über das sogenannte E-Health-Gesetz. Anschließend berichtet die Presse über ungewöhnliche Äußerungen der Politik: „Wir brauchen keine meckernden Ärzte mehr“, sagt etwa Edgar Franke, SPD-Politiker und Vorsitzender des Gesundheitsausschusses. Anlässlich der Kritik eines Großteils der Ärzteschaft an dem Projekt Elektronische Gesundheitskarte (eGK) bekäme er „einen Hals wie eine Kobra“. Das Bundesministerium für Gesundheit schaltet sich drohend in die Debatte ein: „Verzögerungen werden nicht mehr hingenommen.“ Ähnlich hatte sich Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bei Veröffentlichung des ersten Gesetzentwurfs geäußert: Mit dem neuen Gesetz müsse es endlich vorangehen mit der digitalen Gesundheit. „Wer blockiert, der zahlt“, so der Minister in einem FAZ-Kommentar Anfang 2015.

Die Politik weist der kritischen Ärzteschaft gern die Schuld dafür zu, dass es mit einem „Leuchtturmprojekt“ für die deutsche Wirtschaft zehn Jahre nach der geplanten Einführung noch nicht wirklich vorwärts geht. Das soll nun anders werden: Die „Gesundheit 4.0“ soll jetzt endlich kommen. Warum? „Digitale Vernetzung kann Leben retten“, sagt Staatssekretärin Widmann-Mauz zum Gesetzentwurf. Nach ersten Beratungen in Bundestag und Bundesrat lohnt sich ein erneuter, genauer Blick auf die Kernpunkte des „Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“. Was bedeuten sie für die Ärztinnen und Ärzte?

## Die „Datenautobahn“

Die Politik plant eine zentral gesteuerte Daten-Infrastruktur für alles, was im Gesundheitswesen passiert. Die Telematikinfrastruktur (TI) soll verpflichtend alle Daten im Gesundheitswesen weiterleiten und speichern. Alle „Leistungserbringer“ sollen angeschlossen werden und auf diese Daten zugreifen können: Arztpraxen, Kliniken, Krankenkassen, Apotheken, Psychotherapeuten und mehr als zwölf weitere Berufsgruppen wie z. B. Masseur, medizinische Bademeister, Physiotherapeuten, Pflegedienste – insgesamt wohl mehr als zwei Millionen Teilnehmer mit unterschiedlichen Zugriffsberechtigungen. Die zentrale Infrastruktur ist 2014 erstellt worden. Die Firma ARVATO (Bertelsmannkonzern) hat diese in ihren Serveranlagen aufgebaut und alle gesetzlichen Krankenkassen angeschlossen.

## Arztpraxen als Außenstellen der Krankenkassen

Bis Mitte 2016 sollen sich alle Arztpraxen dauerhaft online an die TI anschließen. In jedem Quartal und in jeder Praxis müssen dann die Versichertenstammdaten online auf dem Chip der eGK aktualisiert werden. Für diesen Versichertenstammdatendienst (VSDD) ist eine gut funktionierende, schnelle Internetleitung notwendig, die es heute in vielen Regionen gar nicht gibt. Außerdem sollen Praxen als

Kontrollstation für die Kassen die Identität des Kartenträgers überprüfen – eine Aufgabe, die diese gar nicht erfüllen können, weil bei ungeprüften Fotos eine sichere digitale Identität nicht garantiert ist. Der Referentenentwurf des E-Health-Gesetzes sagt hingegen: „Die Anwendung VSDD ist von strategischer Bedeutung, da sie die technischen Voraussetzungen für medizinische Anwendungen schafft. Daher werden für die Nutzung des VSDD für die Ärzte verbindliche Fristen gesetzt.“ Die Übertragung administrativer Aufgaben der Krankenkassen an Arztpraxen wurde in allen Beschlüssen Deutscher Ärztetage, der KBV-Vertreterversammlungen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen konsequent bis heute im Interesse der Patientenversorgung und der Sicherheit sensibler Praxisdaten abgelehnt.

## Der elektronische Notfalldatensatz

Seit zehn Jahren ist der Notfalldatensatz auf der eGK das wichtigste Werbeargument für die Protagonisten der Totalvernetzung. Die Blutgruppe sei da gespeichert, und der Notarzt könne sofort sehen, welche Medikamente ein Patient einnehme. Die große Koalition in Berlin ist sich einig: Das rettet Leben. Ab Mitte 2018 haben alle Versicherten Anspruch auf einen elektronischen Notfalldatensatz auf der Karte. Das „Lastenheft“ für das Notfalldatenmanagement (NFDm) listet auf 123 Seiten auf, was alles gespeichert werden soll: alle Diagnosen, wann durch wen gestellt, Medikamente, Allergien, Implantate, Schwangerschaft, errechneter Termin, Komplikationen, Patientenbetreuer, persönliche Daten des Betreuers, eine bestehende Weglaufgefährdung. Des Weiteren gibt es ein Patientenfach, in dem der Patient seine Patientenverfügung vermerken kann und den Ort, an dem sich diese zu Hause befindet, Organspendeerklärung, Ablageort. All das soll in einer Umgebung zur Wahrung der Rechte des Versicherten (UzWdRdV) in einem abgeschlossenen Raum der Praxis mit Unterstützung einer medizinischen Fachangestellten oder des Arztes angelegt, eingetragen, vom Patienten gegengelesen, geändert und gegebenenfalls komplett wieder verborgen werden können.

In einem weiteren Dokument der gematik zum Notfalldatensatz wird beschrieben, dass das Auffinden einer Patientenverfügung im lebensbedrohlichen Notfall (durch den Rettungssanitäter, der im Haus den blauen Ordner suchen soll) Auswirkungen auf die Frage haben könne, ob der Notarzt eine Reanimation fortsetzt oder nicht. Die Frage, ob ein solches Vorgehen sinnvoll und praktikabel ist, möge jeder Kollege für sich selbst beantworten. Die Frage nach einem möglichen Reanimationsabbruch konterkariert hingegen definitiv unser ärztliches Handeln im akuten Notfall.

## Neu: Kleine elektronische Patientenakte

Die Bundesärztekammer (BÄK) hatte den Notfalldatensatz ursprünglich als Unterstützung für die Behandlung eines Patienten durch

verschiedene Ärzte geplant. Inzwischen hat sich in der letzten Entwurfsversion des E-Health-Gesetzes auch nach Meinung der BÄK dieses Ziel völlig verändert. Der Notfalldatensatz habe sich in eine kleine elektronische Patientenakte verwandelt, auf die mehr als ein Dutzend weiterer Berufsgruppen im Gesundheitswesen zugreifen könne, kritisierte die BÄK kürzlich (siehe Seite 22). Wenn dem so sei, müsse notwendig der Notfalldatensatz durch eine Patienten-PIN (6-8-stellig) geschützt werden. Dieses „Sicherheitsmerkmal“ hatten aber bei früheren Tests 75 Prozent aller Patienten und 75 Prozent aller Ärzte vergessen. Kritische Ärzte und Datenschützer haben immer schon die Ansicht vertreten, administrative und medizinische Daten sollten grundsätzlich voneinander getrennt werden. Sinnvoll für die Patienten, vor allem für diejenigen, die oft ins Ausland fahren, wäre die massenhafte Verbreitung des Europäischen Notfall-Ausweises, ein EU-Projekt von 1987: In diesem kleinen Papierausweis wird alles sofort in neun Sprachen übersetzt – eine Alternative, die nur wenige Cents kostet und sich wirklich in der Hand des Versicherten befindet. Doch die Politik kündigt an, dass es für die (für den Arzt nicht freiwillige) Erstellung des Notfalldatensatzes Geld geben soll. Zu bezweifeln ist, dass es für diese circa 30 Minuten beanspruchende Sprechstunden­tätigkeit jemals eine angemessene Honorierung geben wird, von Aktualisierungen ganz abgesehen. Halten sich die Körperschaften in der gematik nicht an die Fristen zum NFDM, drohen darüber hinaus hohe finanzielle Strafen (siehe Tab. Seite 23).

## Der Medikationsplan

Ab Oktober 2016 sollen alle Patienten den Anspruch auf einen Medikationsplan haben, falls sie mehr als drei verschriebene Medikamente bekommen. Auch hier vernehmen wir wieder eine interessante Wortwahl der Politik: „Der Hausarzt hat den Medikationsplan zu aktualisieren, sobald er die Medikation ändert oder Kenntnis davon erlangt, dass eine anderweitige Änderung der Medikation eingetreten ist.“ Auf die Idee, dass die meisten Hausärzte auch heute schon für Patienten einen Medikationsplan erstellen, für die es sinnvoll ist, kommt man in Berlin anscheinend nicht. Zunächst führt Minister Gröhe den großen Fortschritt Medikationsplan auf Papier ein. Später soll es dann einen elektronischen Medikationsplan geben, den übrigens nicht nur jeder Facharzt, sondern auch jede andere „Institution im Gesundheitswesen“ ändern darf, z. B. die Apotheker. Zu befürchten ist, dass sich dann etwa die Angaben auf dem bekannten roten Marcumar-Ausweis, der Medikationsplan auf der Chipkarte, der Notfalldatensatz und die weiterhin geplante Anwendung im eGK-Projekt, die „Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung“ (AMTS), alle voneinander unterscheiden. Dieser Umstand hat die Gesellschaft für Notfallmedizin zu der Stellungnahme bewegt, dass falsche, nicht aktualisierte und sich widersprechende Daten mehr Schaden anrichten könnten, als sie Nutzen brächten.

## Keine Freiwilligkeit für Ärzte

Für Ärztinnen und Ärzte gibt es in diesem Projekt keinerlei Freiwilligkeit. Die Finanzierung neuer Anwendungen, z. B. des Medikationsplans, existiert faktisch nicht; sie wird wahrscheinlich Inhalt der hausärztlichen Grundpauschale (circa 30 Euro in Hamburg) werden. Welche juristischen Folgen diese Datenhaltungen in unterschiedlichsten Medien und „Anwendungen“ für die Leistungsträger in der Medizin haben werden, weiß bisher niemand genau. Wer hat für was die Verantwortung? Wer wird für welche Daten vor Gericht gestellt? Das E-Health-Gesetz beinhaltet noch mehr Einzelpunkte: Für elektronische Entlassbriefe soll es für Kliniken einen Euro geben, für die annehmende Praxis 55 Cent, aber nur zwei Jahre lang. Ferner sollen Entscheidungsstrukturen für das Projekt wieder einmal „gestraft“ werden, das Ministerium kann noch mehr diktieren, die Bundesländer verlangen mehr Einfluss auf das Großprojekt, die Apotheker ver-

langen Geld für die Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung, die sie in Zukunft machen wollen, und der ganze Zeitplan, den die Politik mit Fristen, Sanktionen und kleinen Anreizen gesetzt hat, ist schon jetzt wieder Geschichte, weil die geplanten VSDM-Tests nicht rechtzeitig beginnen können, da die IT-Industrie erneut nicht in der Lage ist, die benötigten Konnektoren rechtzeitig zu liefern. Dieses Projekt könnte man mit etwas gutem Willen noch stoppen, jetzt, wo es bislang schon 1,3 Milliarden Euro allein an Versichertengeldern verschlungen hat. Die Politik sieht das allerdings anders: Das Prestigeprojekt muss kommen, koste es, was es wolle. Medizindaten sind das Gold dieses Jahrtausends, so sehen es nicht nur die Lobbyisten der IT-Industrie. Kassen wollen die „Versorgung“ managen, und die Biotechnologie-Branche scharrt mit den Füßen, um mit „Versorgungsforschung“ genannten Big-Data-Auswertungen ihre Profite zu erhöhen. Signifikante Vorteile für den Patienten sind allerdings bei genauem Hinsehen nicht auszumachen.

## Genetische Biomarker auf der Krankheitskarte

Der Spitzenverband der Kassen ließ kürzlich in einer Pressekonferenz verlauten, man könne sich vorstellen, dass genetische Marker der Versicherten auf der eGK gespeichert werden, damit künftig der Medizinische Dienst der Kassen dem Arzt mitteilen könne, bei welchem Patienten es sich lohne, teure Krebsmedikamente einzusetzen – eCard als Mittel für medizinische Rationierung, erstmals wurde damit die Katze aus dem Sack gelassen. Wir als Ärztinnen und Ärzte tun gut daran, unsere kritische Rolle beizubehalten. Es geht darum, eine Transformation des Gesundheitswesens zu stoppen, die nicht im Interesse der Patienten, nicht im Interesse der Ärzte und nicht im Interesse unseres Berufes ist.

E-Mail: [silke.lueder@kvhh.de](mailto:silke.lueder@kvhh.de)

**BUST -  
Steuerbe-  
ratungsge-  
sellschaft**