

Eine Kritik von eGesundheitskarte, eRezept und ePatientenakte:

Ist das deutsche Telematik-Projekt sicher, praktikabel, Erfolg versprechend, wirtschaftlich und notwendig? Ist es rechtskonform und mit dem Grundgesetz vereinbar?

Autoren:

**Dr. med. Klaus Günterberg,
Facharzt für Frauenheilkunde,
Hönower Str. 214, 12623 Berlin
Tel. 030 / 562 71 63
Fax 030 / 5604 5739
mail: klaus-guenterberg@gmx.de
(Korrespondenz-Anschrift)**

**Rechtsanwältin Moina Beyer-Jupe,
Arztrecht - Kassenarztrecht - Arzthaftungsrecht
Goethestr. 47, 10625 Berlin
Tel 030 / 318 61 00
Fax 030 / 318 61 020
www.beyer-jupe.de**

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

**Publiziert unter dem Titel „Elektronische Gesundheitskarte und Selbstbestimmungsrecht“
in:
Qualitätsmanagement in Praxis, Klinik und Pflege. Zeitschrift für Angewandtes
Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (ISSN 0949-9253), 16. Jahrg. (2008), Heft 1,
S. 6 – 25**

Kapitel

1. **Einführung**
2. **Grundrecht auf Informationelle Selbstbestimmung**
3. **Ärztliche Schweigepflicht gegenwärtig; Auskunft und Einsicht**
4. **KVK, eGK und PIN bei ambulanter Behandlung**
5. **Widerspruchsrecht und datenschutzrechtliche Aufklärung**
6. **Praktikabilität und Rechte Behinderter**
7. **Eigenhändige ärztliche Beurkundungen und eRezept**
8. **Aufbewahrung und Vernichtung von Informationen; zentrale ePA und Störungen**
9. **eGK und zentrale ePA bei stationärer Behandlung**
10. **Zusammenfassung und Schlussfolgerungen**
- 10.1 **Entwicklung einer eGK: jedoch ohne Rezept-Funktion und ohne PIN**
- 10.2. **Ärztliche Schweigepflicht und informationelles Selbstbestimmungsrecht: Verzicht auf eine zentrale ePA**
- 10.3. **Psychologische Aspekte: Ärztliche Aufgabe ist die medizinische Beratung, nicht die datenschutzrechtliche Aufklärung**
- 10.4. **Kosten und Nutzen. Drohende Klagen vor dem BVerfG und dem EuGH**
- 10.5. **Wie weiter?**

1. Einführung

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurden die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) beschlossen. Als Kosten für das deutsche Telematik-Projekt¹⁾ wurden ursprünglich 1,4 Mrd. Euro genannt; nun sollen sie aber wohl mindesten 3,9, möglicherweise sogar 7 Mrd. Euro betragen, selbst von 13,6 Mrd. Euro ist schon die Rede. Eine von der für das Projekt federführenden Gesellschaft Gematik in Auftrag gegebene Kosten-Nutzen-Analyse (Gutachten Booz/Allen/Hamilton) nennt aber auch ursprünglich nicht berücksichtigte Fremd-, Folge- und Unterhaltskosten und kommt zu einem die 1,4 Mrd. deutlich übersteigenden Ergebnis von 5,2 Mrd. für einen Betrachtungszeitraum von fünf und von 13,5 Mrd. für einen Betrachtungszeitraum von zehn Jahren. Erst dann kommt das Gutachten zu einer positiven Kosten-Nutzen-Relation in Höhe von 500 Mio. Euro.

Zwar hat das BMG die Höhe dieser neu berechneten Kosten inzwischen bestritten, jedoch sind die ursprünglich veranschlagten 1,4 Mrd. schon auf den ersten Blick inplausibel und halten keiner kritischen Analyse stand: Die 1,4 Mrd. sind in der ursprünglichen Projektplanung nur für die Entwicklung und Einführung des eRezepts kalkuliert worden, allein die Erstausgabe von 82 Millionen Karten soll dabei mindestens 0,585 Mrd. Euro kosten. 1,4 Mrd. Euro als Kosten für die gesamte deutsche Telematik-Infrastruktur anzusetzen, ist einfach unredlich. Ein Vergleich (Tabelle 1) zeigt, dass es sich bei den Kosten für das Projekt nicht um unbedeutende Beträge handelt.

Tabelle 1: Öffentliche Ausgaben und andere Großprojekte

Bundeshaushalt	2007	270,5	Mrd. Euro
Bundesministerium für Arbeit und Soziales	2007	124,4	Mrd. Euro
Rentenversicherung, geplante Zuschüsse des Bundes	2007	78,4	Mrd. Euro
Deutscher Steinkohlebergbau, Subventionen pro Jahr		2,5	Mrd. Euro
Bundesministerium für Verteidigung	2007	28,4	Mrd. Euro
Bundesministerium des Innern	2007	4,4	Mrd. Euro
Bundesministerium für Gesundheit	2007	2,9	Mrd. Euro
Krankenkassen, geplante Zuschüsse des Bundes für	2007	1,5	Mrd. Euro
Krankenkassen, geplante Zuschüsse des Bundes für	2008	2,5	Mrd. Euro
Krankenkassen, geplante Zuschüsse des Bundes für	2009	4,0	Mrd. Euro
Ambulante Behandlung aller GKV-Versicherten Berlin, 2006		1,3	Mrd. Euro
Forschungsausgaben der deutschen Pharmaindustrie	2007	> 4,0	Mrd. Euro
Digitaler deutscher Polizeifunk, 2007-2010		4,5	Mrd. Euro
Galileo, europäisches Satellitensystem,		5,2	Mrd. Euro

Das deutsche Medizinische Informationssystem soll schrittweise eingeführt werden. Der eGK nur mit den Stammdaten der Versicherten²⁾ sollen das elektronische Rezept und ein Notfalldatensatz folgen. Die einzelnen Komponenten und die geplante Vernetzung dienen auch dem sukzessiven Aufbau einer zentralen deutschen elektronischen Patientenakte (ePA).

Tabelle 2: Abkürzungen und Begriffe

eGK	elektronische Gesundheitskarte,	im Besitz des Versicherten, beschreibbar, soll auch medizinische Angaben enthalten
E-Health bzw. e-Health	vielseitiger Begriff, u.a. für	Harmonisierung europäischer elektronischer Lösungen in der Medizin, Anwendung der Telemedizin, Fernmonitoring, Projekte für medizinische Computernutzung durch Kranke, für Vernetzungsbestrebungen im Gesundheitswesen
ePA bzw. EPA	elektronische Patientenakte,	einrichtungsübergreifende umfassende medizinische Datensammlung, elektronische Gesundheitsakte
EHR	Electronic Health Record	engl. für elektronische Patientenakte
eRezept	elektronisches Rezept,	Bestandteil der elektronischen Gesundheitskarte, soll den bisherigen Rezept-Vordruck ersetzen
HBA	Heilberufsausweis,	elektronisch lesbare Karte für Heilberufler, soll den bisherigen Arzt-Ausweis ersetzen und auch anderen Heilberuflern Zugang verschaffen
HPC	Health Professional Card	engl. für Heilberufsausweis
KVK	Krankenversicherungs-Karte,	bisher gebräuchlicher Versicherungsnachweis, enthält unveränderliche administrative Daten
PIN	Personal Identifikation Number	Geheimnummer, Zugangskennung
Telematik	Begriff aus „Telekommunikation“ und „Informatik“	System der Vernetzung entfernter Rechensysteme

Die mit der Entwicklung befassten Informatiker und Firmen begrüßen das Vorhaben und freuen sich natürlich über die anspruchsvolle Aufgabe (und über die dafür bereitgestellten

Mittel). Sie versprechen eine Verbesserung logistischer Prozesse in der Medizin (bessere ärztliche Kooperation, verbesserte Information, eine Verminderung von Doppeluntersuchungen) und schon mit der Einführung der eGK mögliche Einsparungen zwischen 500 Mio. und 1,5 Mrd. Euro. Wirtschaftsverbände und Industrie warnen unter Hinweis auf die von ihnen genannten Einsparungen davor, das Projekt zu verzögern. Dennoch verzögert sich das Projekt nun schon um Jahre; mit jedem Jahr steigen die Entwicklungskosten.

Ärzte und Zahnärzte³⁾ sind nach den vorliegenden Umfragen durchaus nicht prinzipiell gegen den Einsatz der Telematik; wo der Nutzen erkennbar war, haben sie entsprechende Strukturen aus eigenem Antrieb und auf eigene Kosten mitunter schon selbst geschaffen. Ärzte sehen aber den Aufwand und den versprochenen Nutzen dieses Projekts eher skeptisch: Sie fürchten mehr Bürokratie und sehen im elektronischen Rezept keine Verbesserung in der Behandlung ihrer Patienten, mehr eine Arbeitsbe-, keine Entlastung. Sie bezweifeln, dass die Inhalte einer eGK oder ePA vollständig und auch juristisch zuverlässig verwertbar sein könnten. Und sie sehen die Behandlung ihrer Patienten durch einen schnellen Zugriff auf eine zentrale Patientendatei nur sehr selten verbessert und sonst auch nur einen sehr begrenzten Nutzen einer solchen Datei.

Ärzte befürchten auch, dass Ihnen in ihren Sprechstunden durch eine zunehmende Beschäftigung mit elektronischen Medien noch weniger Zeit für das Gespräch mit ihren Patienten bleibt. Sie widersprechen auch der Behauptung, die Arbeitsprozesse in den Praxen und Krankenhäusern würden sich verbessern. Keine der als Einsparung genannten Summen deckt sich auch nur annähernd mit ärztlicher Erfahrung, keine ist nachprüfbar begründet. Aus den verschiedenen Gründen heraus bezweifeln die Ärzte die Höhe der versprochenen Einsparungen. Und sie vermissen eine valide Kalkulation der auf sie zukommenden Investitionen und Folgekosten sowie die Zusicherung einer vollständiger Refinanzierung.

Ärzte befürchten außerdem, dass der Aufwand für das Projekt den Nutzen übersteigt, bezweifeln auch darum den Nutzen einer zentralen ePA. Und sie fürchten neben den zusätzlichen Kosten für das Gesundheitswesen im allgemeinen auch eigene Kosten für fremden Nutzen.

Alle für das Projekt bereit gestellten Mittel kommen ursprünglich aus den Beiträgen der Versicherten bzw. aus Steuermitteln, sind zweckgebunden für die Gesunderhaltung und Behandlung der Versicherten bei Krankheit gezahlt worden. So fragen Ärzte auch, ob das Telematik-Projekt tatsächlich Einsparungen erzielen kann, die die Investition letztlich rechtfertigen, ob die Mittel nicht eher zweckentfremdet werden, sie sehen das Projekt eher unwirtschaftlich.

Aber an erster Stelle fürchten Ärzte, weil es bei einer Nutzung von gespeicherten medizinischen Daten doch um Informationen geht, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, vor allem die Aufweichung des Datenschutzes. Sie befürchten, dass nichtärztliche Heilberufler (z.B. Apotheker, Physiotherapeuten, Optiker, Hörgeräteakustiker, Hebammen, Pflege- und Hilfskräfte) und Mitarbeiter der Krankenversicherungen Zugriffsrechte auf bisher geschützte Daten erhalten könnten und dass auch der Staat sich Zugriff verschaffen könnte.

Zu diesen Datenschutzrisiken bei der Einführung der Telematik erklärte der Bundesdatenschutzbeauftragte, dass es wichtig sei, die Patientenrechte zu stärken und zu definieren, wer Zugang zu den medizinischen Daten bekomme. Als Schwachpunkt bei der Einführung der Karten-Telematik sieht er vor allem die Fernwartung der Praxissoftware durch das Fernwartungsunternehmen. Hochgradig problematisch sei, dass die Daten nicht nur gelesen sondern auch unbemerkt verändert werden könnten.

In den Veröffentlichungen zur Telematik werden die ärztlichen Bedenken zur Schweigepflicht zwar immer wieder erwähnt, dann gewöhnlich aber mit einem Hinweis auf den allgemeinen Datenschutz, auf Verschlüsselungstechnologie und das sog. „Vier-Augen-Prinzip“

(auch „2-Schlüssel-Prinzip“: Ein Zugriff ist nur möglich, wenn der Patient mit eGK und PIN und der Arzt mit seinem HBA und PIN anwesend sind) übergangen. Auf die grundsätzliche Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht und auf die Brisanz der Datenschutz-Problematik wird detailliert nur sehr unvollständig eingegangen, obwohl, sollte das Projekt gegen diesbezügliche Rechtsvorschriften verstoßen, erhebliche Konflikte zu erwarten sind.

Zur flächendeckenden Umstellung der medizinischen Dokumentation auf ein digitales und zentrales System bedarf es letztlich dann noch weiterer Gesetzgebung. Könnte dann einem solchen Gesetz vom Bundespräsidenten, wie in anderen Fällen bereits geschehen, wegen Bedenken gegen die Verfassungsmäßigkeit die Unterschrift verweigert werden? Würde die Einführung eines solchen Gesetzes ggf. vor dem Bundesverfassungsgericht Bestand haben?

Die gewaltigen und bei Verfassungswidrigkeit ggf. verlorenen Investitionen in das Projekt sowie die zu erwartenden Unterhaltskosten berechtigen und zwingen dazu, diese Fragen vorab zu stellen und sollten dazu führen, die Wirtschaftlichkeit, die Einhaltung von Rechtsvorschriften und die Verfassungsmäßigkeit vor jeder weiteren Investition in das Projekt nochmals zu prüfen.

Fußnote ¹⁾: Im Folgenden steht der Begriff „Telematik-Projekt“ nicht für gleichnamige Großprojekte z.B. der Meteorologie, der Verwaltung, des Verkehrs oder der Unterhaltung sondern nur für das deutsche *medizinische* Telematik-Projekt..

Fußnote ²⁾: Im Folgenden steht vereinfachend der Begriff „Versicherte“ für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen, der Privaten Versicherungen sowie ggf. auch für die Versicherten der Berufsgenossenschaften.

Fußnote ³⁾: Im Folgenden steht vereinfachend und geschlechtsneutral „Arzt“ bzw. „Ärzte“ für Ärzte und Ärztinnen, für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, für Zahnärzte und Zahnärztinnen sowie „Apotheker“ für Apotheker und Apothekerinnen, steht „der Patient“ für Patienten und Patientinnen, steht „der Versicherte“ für den Versicherten und die Versicherte, steht „der Bürger“ für Bürgerinnen und Bürger.

2. Grundrecht auf Informationelle Selbstbestimmung

Mit dem Volkszählungsurteil hat das Bundesverfassungsgericht 1983 das ungeschriebene Grundrecht der „Informationellen Selbstbestimmung“ erstmals entwickelt. Aus den Artikeln 1 (Garantie der Menschenwürde) und 2 GG (Allgemeine Handlungsfreiheit) leitete es das Recht des Einzelnen ab, selbst darüber zu bestimmen, wer Kenntnis und Verfügung über seine höchstpersönlichen Daten haben sollte. Später hat das Bundesverfassungsgericht dazu noch mehrfach geurteilt.

Zitat 1: Aus einem Urteil des BVerfG (Az. 2 BvR 1349/05 v. 6.6.2006)

„... Vielmehr verdient ganz allgemein der Wille des Einzelnen Achtung, so höchstpersönliche Dinge wie die Beurteilung seines Gesundheitszustandes durch einen Arzt vor fremden Einblick zu bewahren. Wer sich in ärztliche Behandlung begibt, muss und darf erwarten, dass alles, was der Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung über seine gesundheitliche Verfassung erfährt, geheim bleibt und nicht zur Kenntnis Unberufener gelangt. Nur so kann zwischen Arzt und Patient jenes Vertrauen entstehen, das zu den Grundvoraussetzungen ärztlichen Wirkens zählt. Das allgemeine Persönlichkeitsrecht schützt daher grundsätzlich vor der Erhebung und Weitergabe von Befunden über den Gesundheitszustand, die seelische Verfassung und den Charakter. ...“

Zuletzt hatte eine Versicherte gegen ihre Lebensversicherung geklagt. Sie wollte keine generelle Schweigepflichtentbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, wollte vielmehr für jedes Auskunfts-Ersuchen ihrer Versicherung jeweils eine Einzelermächtigung abgeben. Die Versi-

cherung, das Landgericht sowie das Oberlandesgericht vertraten dagegen die Auffassung, eine allgemeine Ermächtigung abzugeben sei der Versicherten durchaus zumutbar, es würden ja nur „sachdienliche Hinweise“ abgefragt.

Die Richter am Bundesverfassungsgericht gaben jedoch der Versicherten Recht (BVerfG, 1 BvR 2027/02 vom 23.10.2006): Eine Beschränkung auf sachdienliche Informationen reiche nicht aus, das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Versicherten zu wahren, würde doch dann „praktisch jeder Bezug zu dem behaupteten Versicherungsfall ausreichen, um eine Auskunftserhebung zu begründen.“ Allein die Erteilung von Einzelermächtigungen erlaube es der Versicherten, die Wahrung ihrer Geheimhaltungsinteressen selbst zu kontrollieren, zumal die Versicherungsbedingungen praktisch nicht verhandelbar seien.

3. Ärztliche Schweigepflicht gegenwärtig; Auskunft und Einsicht

Die Selbstbestimmung über seine medizinischen Angelegenheiten und die Wahrung seiner Geheimhaltungsinteressen sind jedem Bürger grundgesetzlich garantiert und auch durch mehrere Urteile des BVerfG bestätigt worden. Die freie Arztwahl ist in Deutschland fast uneingeschränkt möglich, die ärztliche Schweigepflicht dem Bürger garantiert.

Sofern mehrere Ärzte an einer Behandlung beteiligt sind, dürfen personenbezogene Informationen von Ärzten nur an Ärzte weitergegeben werden, die an der Behandlung beteiligt sind. Sofern auch Nichtärzte – einschließlich der ärztlichen Mitarbeiter – an der Behandlung beteiligt sind, erstrecken sich die Vorschriften zur Schweigepflicht auch auf diese. Schon die Information, dass eine Kommunikation zwischen Arzt und Patient stattgefunden hat, lässt Rückschlüsse auf Erkrankungen zu und unterliegt deshalb ebenfalls der Schweigepflicht. Soweit medizinische Fälle wissenschaftlich veröffentlicht werden, sind alle personenbezogenen Angaben zu anonymisieren.

Sofern Patienten Einsicht in die sie betreffenden Unterlagen wünschen, ist ihnen diese zu ihren objektiven Untersuchungen und Behandlungen zu gewähren. Soweit Ärzte sich Notizen zu ihren eigenen subjektiven Wahrnehmungen und Eindrücken oder zur Planung künftiger Behandlungen oder zu den Lebensumständen und Gewohnheiten ihrer Patienten, zu deren Charakter, zu deren innersten Gefühlen und höchstpersönlichen Überlegungen machen, haben auch Ärzte schutzwürdige Rechte.

Tabelle 3: Erkrankungen und Lebensumstände mit besonderem Geheimhaltungsinteresse

Abusus von Medikamenten, Alkohol, Drogen
Adoption
Apareunie und Hymenal-Rekonstruktion
Brust-Amputation, Brust-Implantation
Ehe- und Sexualberatung
Erkrankung bei bzw. mit Gefährdung des Arbeitsplatzes
Genetische Erkrankung, genetische Muster
Geschlechtsumwandlung
Inkontinenz von Harn und Stuhl
Kinderwunschbehandlung, Kontrazeption
Kosmetische Operation
Krebs-Erkrankung

Prostitution Psychische Erkrankung, einschl. Suizidversuch Schwangerschaft, einschl. Abort, -Abbruch und Geburt Sexuelle Erkrankung, einschl. sexuell übertragbare Erkrankung, einschl. erektile Dysfunktion Sexuelle Orientierung Straftat: Behandlung und Begutachtung von Täter und Opfer Vaterschaft Vergewaltigung Zahnersatz
--

Die Beispiele (Tabelle 3) für ein berechtigtes erhöhtes Geheimhaltungsinteresse zeigen, jedem Laien verständlich, weshalb Ärzte so großen Wert auf die Wahrung ihrer Schweigepflicht und auf den Datenschutz, also auf die Wahrnehmung der Interessen der sich ihnen anvertrauenden Patienten legen: Es gibt Lebensumstände mit Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, für die es in unserem Leben eine historisch begründete und unveränderte Tabuisierung gibt, bei denen die unbefugte Offenbarung zu schweren Nachteilen für den Betroffenen führen könnte, bei denen das Wissen Fremder, auch das Wissen nachbehandelnder Ärzte und ihrer Mitarbeiter, darum in die Einzelfallentscheidung eines jeden betroffenen Bürgers gehört.

Juristisch allerdings ist zwischen der generellen ärztlichen Schweigepflicht (die über Erkrankungen und Behandlungen noch hinaus geht), zwischen einem sonstigen und zwischen einem erhöhten Geheimhaltungsinteresse nicht zu unterscheiden; ärztliche Schweigepflicht ist umfassend und unteilbar. Deshalb lassen sich weder bei der herkömmlichen noch bei der elektronischen Dokumentation unterschiedliche Geheimhaltungs- und Zugriffsgrade gestalten.

Der Arzt ist zum Schutz *aller* ihm anvertrauten Angelegenheiten verpflichtet, dabei sind medizinische Daten in digitaler Form ebenso vollständig vor der Einsicht durch Unbefugte zu schützen wie in herkömmlicher Form. Da aber inzwischen die technischen Möglichkeiten das Kopieren, Vervielfältigen und die illegale Verbreitung digitalisierter Informationen (bspw. aus den elektronischen Krankenakten Prominenter) um ein Vielfaches leichter und sehr viel anonymere als bei konventionellen Akten zulassen, müssen Dateien praktisch noch viel sicherer als herkömmliche Akten geschützt werden.

Die uneingeschränkte ärztliche Schweigepflicht ist Voraussetzung für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, Grundvoraussetzung für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, Grundvoraussetzung ärztlicher Tätigkeit; vor allem deshalb vertreten Ärzte so vehement die Wahrung dieser elementaren Interessen ihrer Patienten. Würde man die Schweigepflicht im Interesse moderner Technologie oder im Interesse eines vermeintlichen oder wirklichen wirtschaftlichen Nutzens verkürzen, so würde dies zu schweren Nachteilen für die Bürger unseres Landes führen.

Wechselt ein Bürger heute den Arzt und benötigt dieser Informationen von zuvor behandelnden Ärzten, so muss der Bürger seine Zustimmung zur Auskunft zuvor explizit erteilen, jeden vorbehandelnden Arzt von der Schweigepflicht entbinden; es muss der weiterbehandelnde Arzt bei jedem Auskunftersuchen vorher die Einverständniserklärung seines neuen Patienten einholen, aus Beweis Zwecken vorzugsweise mit dessen Unterschrift.

Medizinische Behandlung erfolgt heute hochgradig arbeitsteilig, oft schon mit großem informationstechnischem Aufwand. Dabei ist eine allgemeine Vernetzung, die Anfragen und Auskünfte nach den bestehenden Vorschriften durchaus sehr kurzfristig ermöglicht, bereits heute per Fax, über das Internet sowie über verschiedene sichere Intranetze vorhanden. Allerdings erscheint es durchaus sinnvoll, hersteller- und systemübergreifend eine einheitliche medizinische Daten-Architektur zu schaffen, die es dem Arzt und der medizinischen Einrichtung er-

laubt, Informationen noch sicherer zu transportieren und erhaltene Informationen mit geringstem Aufwand in die eigene Datei zu integrieren.

Dabei sind bspw. das Übermitteln ärztlich veranlasster Untersuchungsergebnisse, das ärztliche Konsil per Telemonitoring oder das Einholen und Erteilen von Auskünften unter Wahrung der Vorschriften völlig normale Vorgänge, eine notwendige und unverzichtbare Voraussetzung für eine zeitgemäße und qualifizierte ärztliche Behandlung.

Eine solche ärztliche Zusammenarbeit ist aber rechtlich völlig anders zu betrachten als die Gewährung gegenseitiger freier Einsicht durch Ärzte getrennter Einrichtungen in ihre jeweilige Patientenakte oder -datei; eine solche gegenseitige freie Einsicht wäre ein Verstoß gegen die ärztlichen Schweigepflichtung.

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten besteht auch darin, in Bezug auf die einzelnen Personen (den Arzt, den Mitarbeiter), das Krankenhaus (die Klinik, die Organisationseinheit, die Fachrichtung) und seine eigenen Erkrankungen, Befunde und Behandlungen Unterschiede zu machen. Dabei hat der Patient einerseits das Recht, dem Arzt auch frühere Erkrankungen zu verschweigen (muss dann aber auch evtl. gesundheitliche Folgen selbst verantworten) und kann andererseits auch darauf vertrauen, dass seine dem behandelnden Arzt anvertrauten Angelegenheiten und Erkrankungen nicht ungenehmigt anderen zugänglich gemacht werden, selbst dann, wenn diese auch Arzt oder anderweitig Heilberufler sind.

Bereits heute bestehen Strukturen, in denen Ärzte, Psychotherapeuten, Apotheken und Kliniken, sicher aus wohlgemeintem Anliegen heraus (z.B. zur beschleunigten Behandlung) und aus verständlichen wirtschaftlichen Gesichtspunkten (z.B. zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen), sich miteinander „vernetzen“, in denen („Informationsnetzwerke, die ... einfach und schnell relevante medizinische Daten zur Verfügung stellen ...“) nicht Anfrage und genehmigte Auskunft sondern gegenseitige Einsicht, auch Teileinsicht, gewährt wird. Eine solche Öffnung der eigenen Datei für andere Teilnehmer, die Gewährung von automatischen Abfragen zu Behandlungen, Befunden, Diagnosen, Bescheinigungen, Gutachten und dgl., sind eine Gewährung unzulässiger Einsicht.

Wo nicht in jedem Einzelfall die vorherige Genehmigung des Versicherten zwingend eingeholt wird und wo auch der Einblick gewährende Arzt nicht dem Inhalt und dem Umfang einer jeden einzelnen Auskunft vorher zustimmt, haben wir erhebliche Bedenken: Hier ist die ärztliche Schweigepflicht verletzt.

Und auch das Einspeisen medizinischer Daten in einen Pool (auf einen externen Server) wäre eine unzulässige Offenbarung. Sofern ein Pool, von den betroffenen Versicherten für ihre medizinische Behandlung sogar genehmigt, von Krankenkassen oder rein privatwirtschaftlich betrieben wird, besteht immer auch die Gefahr, dass diese Daten auch für andere als kurative Zwecke verwertet werden.

Bei der Anforderung von Unterlagen von einem Krankenhaus bzw. durch ein Krankenhaus gelten für die anfordernden und Auskunft gebenden Ärzte und Einrichtungen die gleichen Vorschriften zur vorherigen Schweigepflichtentbindung in jedem Einzelfall.

Bei der „Vernetzung“ von Krankenhäusern einer Region (oder eines Krankenhausträgers) miteinander oder mit ambulanten Einrichtungen gelten bei ungenehmigter Weitergabe medizinischer Daten oder ungenehmigter Einsicht dieselben Bedenken hinsichtlich der Verletzung der Schweigepflicht wie bei ambulanten Einrichtungen. Bei einer solchen Vernetzung von Krankenhäusern ist u.U. eine noch größere Patientenzahl mit schwerwiegenderen Krankheiten als bei der Vernetzung ambulanter Einrichtungen betroffen.

Eine zentrale deutsche elektronische Patientenakte wäre nur der Extremfall der möglichen Vernetzung.

Zitat 2: Aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine kleine **Anfrage**

Erklärtes Ziel einer vernetzten IT-Infrastruktur:

„Im Endeffekt sollen 21.000 Apotheken, 123.000 niedergelassene Ärzte, 65.000 Zahnärzte, 2.200 Krankenhäuser sowie 250 gesetzliche und 50 private Krankenkassen über die neue Telematik-Infrastruktur miteinander vernetzt werden. ...“

123.000 niedergelassene Ärzte
65.000 Zahnärzte
21.000 Apotheken
2.200 Krankenhäuser
250 gesetzliche Krankenkasse
50 private Krankenversicherungen

Immer sind Zugriffe Dritter, die außerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung stehen, zu den persönlichen Daten des Patienten unzulässig. So ist es bspw. nicht statthaft (Zitat 3), dass etwa Mitarbeiter einer Krankenkasse Angaben zur Erkrankung oder zur Behandlung eines Versicherten von einem Arzt anfordern.

Zitat 3: Aus einem Gutachten des Bundesbeauftragten für Datenschutz *)

*) übereinstimmend mit der Bewertung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie mit dem Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde:

„... Krankenkassen ... (*dürfen*) ...keine Behandlungsdaten der Versicherten (Krankenhausentlassungsberichte, Arztbriefe, Befundberichte, ärztliche Gutachten etc. (*einholen*), da diese Daten rechtlich zulässig von den Krankenkassen nicht erhoben werden dürfen.“ ...

„Bedenklich erscheint die Erforderlichkeit der Datenerhebung auch in den Fällen, in denen ... Daten abgefragt werden, beispielsweise zum beruflichen, sozialen oder familiären Umfeld ...“

„Das Einholen einer Einwilligungserklärung der Versicherten zur Übermittlung von Behandlungsdaten ist eine unzulässige Umgehung dieser gesetzlichen Restriktion und eine Missachtung des ... dokumentieren Willens des Gesetzgebers, wonach ausschließlich der MDK zur Prüfung medizinischer Sachverhalte berechtigt ist.“

Fordert eine Private Krankenversicherung Angaben zur Erkrankung und/oder Behandlung von einem Arzt oder von einem Krankenhaus ab, so gilt das eingangs zitierte BVerfG-Urteil zur Einzelermächtigung für jede einzelne Anfrage. Nichts anderes gilt für Behörden.

4. KVK, eGK und PIN bei ambulanter Behandlung

Seit Jahren hat sich, bei den Versicherten der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung, die Versicherungskarte (KVK) bewährt. Diese Karte mit integriertem Speicherchip ist in der bisherigen Form bereits maschinenlesbar, enthält allerdings nur administrative, keine medizinisch relevanten Daten und lässt sich nicht aktualisieren.

Von ärztlicher Seite wird schon lange ein besserer Schutz gegen missbräuchliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gefordert. Ein solcher besserer Missbrauchsschutz, allerdings nicht das primäre Ziel der eGK, soll künftig durch ein Passbild erreicht werden. Fachleute kritisieren allerdings die Ausstattung der eGK mit einem Passbild; die Ausstattung von

ca. 60 Mio. Karten mit Passbild (Kinder und Schwerstpflegebedürftige sollen ausgenommen werden) stehe in einem Missverhältnis von Kosten zu Ersparnis; eine Anerkennung der eGK nur bei gleichzeitiger Vorlage eines Lichtbildausweises wäre dagegen kostenlos zu haben. Dagegen lässt die Weiterentwicklung der KVK zur eGK mit Prozessorchip, mit der Möglichkeit der Aktualisierung (bspw. der Gültigkeit, der Versichertenstammdaten, von Versicherungsregelungen oder der Teilnahme an Programmen), für Patientenquittungen oder zur Einschränkung des sog. „Doctor-Hoppings“ eine Senkung des bürokratischen Aufwands erwarten, Krankenkassen und Ärzte würden Zeit und Kosten sparen. Soweit hätte die eGK zweifellos auch ärztliche Unterstützung.

Für die Einführung der eGK sind elektronische Zugangsbeschränkungen (PIN-Code für den Versicherten, Verschlüsselung der Daten, Einführung eines elektronischen HBA mit qualifizierter Signatur und PIN für den Arzt sowie das „Vier-Augen-Prinzip“) vorgesehen, die einen Zugriff durch Unbefugte verhindern sollen. Mit einer PIN wird der Gebrauch einer eGK allerdings dort an Grenzen stoßen, wo ein Versicherter kurzfristig (z.B. bei vorübergehender Ohnmacht, bei akuter Erkrankung oder nach schwerem Unfall) oder dauerhaft (z.B. mangels intellektueller Leistungsfähigkeit oder wegen schwerer körperlicher oder geistiger Gebrechen: Behinderte) ein solches System nicht oder nicht mehr beherrschen kann.

Aber schon bei einem gesunden Normalbürger ist bereits heute mit jeder neuen PIN die Grenze der Belastbarkeit überschritten, kann er doch die vielen PINs und Passwörter seiner Karten (Durchschnitt in Deutschland gegenwärtig 5,7 PINs pro Einwohner), seines Handys, von Notebook und Desktop, seiner e-Mail-Adressen und eBanking-Verbindungen, auch die selbst erstellten und zugewiesenen user-ID und Kunden-Nummern als Internet-Nutzer, dazu noch die beruflichen Nutzer-Codes einschl. Zugangsdaten zu Sicherheitsbereichen, Geräten und Schließfächern nicht mehr vollständig geistig präsent haben. Und mit Krankheiten und mit der Alterung der Menschen in unserer Gesellschaft stößt die PIN an weitere natürliche Grenzen. Wohl wegen dieser Grenzen soll der Notfalldatensatz, schon im zweiten Schritt der eGK-Einführung geplant, von Notärzten und Rettungssanitätern mit mobilem Gerät auch ohne PIN und ohne Mitwirkung des Versicherten zu lesen sein.

Mit der prinzipiellen Einwilligung bei der ersten Verwendung seiner eGK, der Aushändigung der eGK und auch mit seiner PIN soll ein Versicherter die Zustimmung zur Einsicht in seine medizinischen Daten geben. Bei ambulanter Behandlung ist aber die Patientenakte bzw. die Datei des Patienten Arbeitsgrundlage sowohl der aktuellen Behandlung wie auch langfristiger Betreuung, sie wird vom Arzt (bspw. bei der Zuordnung und Bewertung nachfolgender Untersuchungsbefunde, für Wiederholungsrezepte, bei Begutachtungen, bei späteren Nachfragen, auch für die Abrechnung seiner Leistungen) regelmäßig auch noch in Abwesenheit des Patienten benötigt. Eine Zugriffsbeschränkung zur ärztlichen Dokumentation nach den „Vier-Augen-Prinzip“, ein Zugriff nur in Anwesenheit des Patienten, ginge deshalb an den medizinischen Gegebenheiten ambulanten Behandlung völlig vorbei.

Auch hat der Patient zwar das Recht auf Einsicht in und auch das Recht auf Kopien von den ihn betreffenden krankheitsbezogenen Aufzeichnungen, weil sich die Kartei bzw. Datei aber im Eigentum des Arztes bzw. der Einrichtung befindet, wäre bei ambulanter Behandlung eine nur begrenzte Einsicht des Arztes auf die eigenen Aufzeichnungen auch *contra legem*.

Eine PIN des Versicherten als Zugangsbeschränkung des Arztes auf dessen eigene Aufzeichnungen und Unterlagen wäre also bei ambulanter Behandlung weder erforderlich (im Gegenteil: würde eine ordnungsgemäße Behandlung schwerst behindern) noch zulässig. Die Zugriffssperre mittels eGK und PIN ergibt deshalb nur Sinn in Zusammenhang und in Verbindung mit medizinischen Daten auf der eGK und insbesondere zu einer *zentralen* ePA, wie sie bei der Weiterentwicklung des Projekts geplant ist.

Zitat 4: Aus dem Bundesdatenschutzgesetz

§ 6c BDSG
Mobile personenbezogene Speicher- und Verarbeitungsmedien

(3) Kommunikationsvorgänge, die auf dem Medium eine Datenverarbeitung auslösen, müssen für den Betroffenen eindeutig erkennbar sein.

Aber man möge sich an dieser Stelle doch nur die Verhältnisse in einer stark frequentierten Arztpraxis vorstellen, dort einen Bildschirm (sofern dem Patienten überhaupt einsehbar) voller administrativer Daten, medizinischer Texte und Kürzel, mit ICD's und anderen medizinischen, verwaltungs- und abrechnungstechnischen Codes: Selbst ein studierter Informatiker, im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte und als Patient in dieser Situation, vermag bei dem Zugriff der ambulanten Einrichtung zu seiner eGK und insbesondere zu einer zentralen ePA, trotz PIN, kaum zu kontrollieren, welche Daten gelesen werden, ob evtl. auch Daten gelesen werden, an denen er ein Geheimhaltungsinteresse hat, ob solche Daten evtl. auch heruntergeladen und wie sie weiter benutzt werden. Auch ein Normalbürger in gleicher Situation kann die Inhalte und die im Vorder- und Hintergrund ablaufenden Datenaustausch-Prozesse überhaupt nicht nachvollziehen: Der Versicherte ist völlig außerstande, den Zugriff einer ambulanten Einrichtung zu seiner eGK und zu einer zentralen ePA und evtl. Austauschprozesse auch nur annähernd zu kontrollieren. Ebenso vermag der Versicherte nicht zu kontrollieren, ob evtl. bei der Vorlage seiner eGK nicht auch seine Zugangsdaten kopiert werden.

Auch können die Forderungen des Bundesdatenschutzgesetzes, den Betroffenen über die Tatsache der Speicherung, die Identität der speichernden Stelle, über die Funktionsweise des Mediums und über die Art der personenbezogenen Daten zu informieren, ihn auch auf seine Rechte nach §§ 19, 20, 34 und 35 BDSG (Benachrichtigung, Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung) hinzuweisen, im medizinischen Alltag auch nicht annähernd erfüllt werden. Vor allem aber, weil dem Versicherten meist das Verständnis für die gespeicherten Inhalte fehlt, geben ihm eGK und PIN bei ambulanter Behandlung *nicht* die versprochene Kontrolle über seine Daten; im medizinischen Alltag ambulanter Behandlung wird ihm, trotz gegenteiliger Behauptungen der mit der Entwicklung befassten Firmen, eine wirksame Kontrolle real *nicht* möglich sein.

Auch birgt, wenngleich dies eine missbräuchliche Verwendung wäre, der Einsatz seiner eGK zur Einsicht in eine zentrale ePA die Gefahr der Einsicht in *alle* seine Lebensumstände, die jemals zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens geführt haben.

Eine eGK mit Notfall-Datensatz und den bedeutsamsten medizinischen Informationen erfordert, dass die Daten durch die behandelnden Ärzte eingegeben und dann auch kontinuierlich und zeitnah aktualisiert werden. Dabei besteht bei einer Karte immer die Gefahr des Verlustes; danach dürfte eine eGK (ohne Duplikat in einer ePA) kaum noch reproduzierbar sein. Mit jedem Verlust besteht auch die Gefahr des Missbrauchs.

Und es besteht bei einer eGK nicht nur bei Verlust und Entwendung sondern selbst bei normaler Aufbewahrung immer die Gefahr des Missbrauchs der gespeicherten medizinischen Informationen. Welche Möglichkeiten es gibt, mit modernster Technologie selbst verschlüsselte Speicherchips unbemerkt auszulesen, zeigte jüngst ein deutscher Computerexperte, dem es gelungen ist, die auf dem Chip gespeicherten Daten einschließlich Foto eines in der Jacken-

tasche aufbewahrten neuen europäischen e-Passes mit einem berührungslosen Scanner aus der Entfernung auszulesen.

Aber auch abgesehen von der Möglichkeit eines verbotenen Zugriffs müsste ein mehrfach Kranker (bspw. bei Behandlung durch mehrere Ärzte und Therapeuten, in mehreren Krankenhäusern, bei Medikamenten aus verschiedenen Apotheken) seine eGK vielen Inhabern eines HBA vorlegen; letztlich würde der Versicherte bei der Vielzahl der aus praktischen Gründen erforderlichen Zugriffserlaubnisse diese nicht mehr überblicken, was praktisch einer Generalbevollmächtigung entspräche. Jede Generalbevollmächtigung aber steht im Widerspruch zur vorgeschriebenen Einzelermächtigung bei jeder Nachfrage und nimmt dem Bürger die Wahrung seines Geheimhaltungsinteresses.

5. Widerspruchsrecht und datenschutzrechtliche Aufklärung

Die Nutzung der eGK (später voraussichtlich auch der ePA) soll für den Versicherten freiwillig, für den Arzt verpflichtend sein. Dabei ist der Versicherte niemals zur vollständigen Offenbarung verpflichtet und soll (§291a SGB V in Verbindung mit §6c, 19, 20, 34 und 35 BDSG) der Speicherung von Daten, auch von Teilen seiner Daten und einzelnen Anwendungen jederzeit widersprechen, auch das Löschen seiner Daten und auch von Teilen seiner Daten verlangen können. Somit kann der Arzt sich rechtlich verbindlich nicht auf die Vollständigkeit von Daten auf einer eGK oder in einer ePA verlassen. Damit hätten eGK, Notfalldatensatz und ePA nur einen orientierenden, begrenzten Wert. Für den Arzt wären sie nur eine Ergänzung seiner eigenen Aufzeichnungen; er müsste deshalb, trotz des enormen technischen Aufwands für eGK und ePA, seine Primärdokumentation zweifellos weiterführen.

Nach der Einführung der eGK darf (§291a, Abs. 3, SGB V) mit dem Erheben, Verarbeiten und Nutzen der Daten erst begonnen werden, wenn der Versicherte jeweils gegenüber dem Arzt, Zahnarzt, dem Apotheker, dem anderen Heilberufler oder dem Krankenhaus dazu seine Einwilligung erklärt hat. Allerdings wäre diese allgemeine Einwilligung nicht ausreichend, das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Bürgers in jedem Einzelfall zu sichern: Um dieses Recht, der Speicherung einzelner Krankheiten und/oder einzelner Behandlungen zu widersprechen, überhaupt wahrnehmen zu können, müsste der Versicherte in jedem Einzelfall dazu (s. o.) vor jedem Datenvorgang auf seiner eGK und in seiner ePA umfangreich informiert werden.

Der Arzt (wer sonst?) wäre deshalb nach Einführung von eGK und ePA verpflichtet, seine Patienten über jede Datenspeicherung und -Übertragung zu informieren. Deshalb erwägen Fachleute bereits eine „erweiterte Fürsorgepflicht des Arztes auf den Schutz der informationellen Selbstbestimmung ihrer Patienten“. Auch die Dateneingabe würde für den Arzt einen zusätzlichen Zeitaufwand bedeuten. Es kann aber der Arzt eine solche zusätzliche datenschutzrechtliche Aufklärung in jedem Einzelfall nicht lückenlos und rechtlich sicher bewältigen.

Zwar könnte der Versicherte einer Speicherung seiner Daten, auch von Teilen seiner Daten, widersprechen. Jede Krankheit verändert aber das Leben und fordert von dem Erkrankten bereits viele Entscheidungen zu seiner Behandlung und zu dem sich ändernden Lebensablauf; da ist es in einer Krankheitssituation abwegig, vom Kranken Entscheidungen zum Datenschutz zu verlangen. Im Vordergrund steht das Verlangen und der Anspruch des Kranken, vom Arzt Zuwendung und Hilfe zu erhalten; jede datenschutzrechtliche Aufklärung und Datensammlung muss dagegen zurück stehen.

So ist zu abzusehen, dass nach Einführung von eGK und ePA der Versicherte nur lückenhaft über die ihn betreffenden Datenvorgänge informiert werden könnte, dass er auch darum sein

grundgesetzlich garantiertes informationelles Selbstbestimmungsrecht nicht wahrnehmen kann.

Schon heute klagen viele Kranke über eine zunehmende Technisierung der Medizin und abnehmende ärztliche Zuwendung. Wenn künftig der Arzt in der Sprechstunde auch noch datenschutzrechtlich informieren und zusätzliche Dateneingaben vornehmen müsste, bliebe ihm für das Gespräch mit dem Patienten über dessen Krankheit noch weniger Zeit. Je mehr der Arzt sich in der Sprechstunde mit technischen Angelegenheiten, die eGK, ePA und Dateneingabe gehören dazu, beschäftigen, sich vom Kranken ab- und sich dem Bildschirm zuwenden muss, desto mehr wird dem Patienten das Gefühl der Nebensächlichkeit vermittelt. So ist zu erwarten, dass die mit eGK und ePA verbundenen zusätzlichen datenschutzrechtlichen und Dateneingabe-Verpflichtungen des Arztes den Behandlungsprozess erheblich verschlechtern werden.

6. Praktikabilität und Rechte Behinderter

eGK, eRezept und ePA sind eine für etliche Personengruppen (Seh- und Leseschwache, motorisch Gestörte, anderweitig schwer Erkrankte, Alte und Behinderte) eine schwer zu beherrschende bzw. völlig unpraktikable Technik. Die Schwierigkeiten dieser Menschen, mit Karten, PIN, Tastatur, Bildschirm und Menüführung umzugehen, darüber hinaus auch noch in Bezug auf die einzelnen Personen (den Arzt, den Mitarbeiter), das Krankenhaus (die Klinik, die Organisationseinheit, die Fachrichtung) und seine eigenen Erkrankungen, Befunde und Behandlungen zu differenzieren, einer Speicherung ggf. auch zu widersprechen, sind so offensichtlich, dass sie hier keiner Erläuterung bedürfen. Diese Menschen würden nicht in der Lage sein, bei der Anwendung von eGK und ePA zur Datenspeicherung ihr Selbstbestimmungsrecht (bspw. Nutzungsfestlegung, Zugriffskontrolle, Berichtigung, Sperrung, Löschung, Genehmigung oder Versagen von Auskünften) wahrzunehmen.

Diese Menschen stellen aber einen beachtlichen und gleichberechtigten Anteil unserer Bevölkerung dar; ihre Lebensbedingungen sind zu verbessern, dürfen keinesfalls verschlechtert werden.

Zitat 5: Grundgesetz, Artikel 3, Abs. 3, Satz 2

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“

Diese Menschen sind auf Grund ihrer Behinderungen aber auch schon heute daran gehindert, die Folgen von eGK, eRezept und ePA, die absehbaren Änderungen ihrer Lebensbedingungen, die für sie entstehenden Barrieren und die Einschränkungen ihrer Rechte zu erkennen; sie sind auch außerstande, ihre berechtigten und schutzwürdigen Interessen selbst zu artikulieren. Ärzte vertreten aber auch und vor allem die Interessen ihrer Schutzbefohlenen; deshalb ist es angebracht, hier auch auf eine durch PIN, eRezept und ePA zu erwartende Benachteiligung Behinderter hinzuweisen; eine solche wäre grundgesetzwidrig.

7. Eigenhändige ärztliche Beurkundungen, Unterschrift und eRezept

Für zahlreiche Beurkundungen ist im Rechtsverkehr die Eigenhändigkeit vorgeschrieben: Im allgemeinen Geschäftsverkehr darf zwar ein Mitarbeiter bevollmächtigt werden, ein Schriftstück i.V. (in Vollmacht) oder i. A. (im Auftrag) zu unterschreiben. Für die Bevollmächtigung eines Anwalts oder Notars, für alle Urkunden, für notarielle Beglaubigungen und Beurkundungen, für die Ausfertigung eines Schecks, für die ärztliche Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit, für andere ärztliche Bescheinigungen und Gutachten oder für ein Rezept aber gilt nach wie vor die Pflicht zur Eigenhändigkeit der Unterschrift.

Für die Pflicht zur ärztlichen Unterschrift auf dem Rezept und für besondere Vorschriften zum Umgang mit und zum Verschluss von Rezept-Vordrucken und von ärztlichen Stempeln gibt es gute Gründe, hat es in der Vergangenheit bei der Vernachlässigung von Vorsicht und der Missachtung von Vorschriften doch immer wieder Fälle von Diebstahl und Missbrauch, häufig auch durch medizinisches Personal, gegeben.

Auch die Unterschrift unter einem Blutgruppenbefund bedarf der ärztlichen Eigenhändigkeit; höhere Anforderungen an die Sicherheit werden auch an alle Unterlagen für eine Bluttransfusion und an jeden für eine Transfusion geeigneten Nothilfepass gestellt. Für den Notfalldatensatz auf der eGK (s.o.) ist die Blutgruppe nicht mehr vorgesehen, weil die Kenntnis der Blutgruppe für einen präklinischen Notfall nicht relevant ist und zweifellos auch wegen der offenen Probleme: Ob die Speicherung der Blutgruppe (und von Untergruppen und von anderen für eine Transfusion bedeutsamen Informationen) im medizinischen Teil einer eGK oder in einer ePA den hohen Rechts- und Sicherheitsvorschriften genügen würde, die vor einer Transfusion erfüllt sein müssen und ob eine solche Speicherung tatsächlich zu messbarem medizinischem und/oder ökonomischem Nutzen führen würde, ist sehr fraglich.

Ungeklärt ist auch die Verantwortlichkeit für die Richtigkeit der im Notfalldatensatz durch verschiedene Ärzte und Einrichtungen hinterlegten und ständig zu korrigierenden Angaben; eine Vollständigkeit wird nie zu garantieren sein. Voraussichtlich wird der Notfalldatensatz deshalb zwar eine schnelle, aber wohl nur eine unverbindliche Orientierung bieten können.

In Vorbereitung auf ein eRezept hat der Gesetzgeber (§2(1), Nr.10 der Arzneimittelverschreibungsverordnung, gültig ab 1.1.2006) bereits die qualifizierte elektronische Signatur nach dem Signaturgesetz für Verschreibungen in elektronischer Form zugelassen.

Um Sinn und Nutzen einer elektronischen Verschreibung einschätzen zu können ist aber vor allem zu prüfen, wie sich die medizinischen Arbeitsabläufe und - ein ganz entscheidender Gesichtspunkt - wie sich die Umstände und ob sich die Behandlung der Versicherten durch die Einführung eines eRezepts verbessern würden:

Die zweite Frage ist schnell beantwortet: Für die Genesung eines Kranken ist vor allem die Verordnung des richtigen Medikaments entscheidend, nicht aber die Art, wie die Verordnung der Apotheke übermittelt wird. Darum ergäbe sich, ob nun in der Apotheke ein herkömmliches Rezept oder ggf. eine eGK mit eRezept vorgelegt wird, für ihn keine bessere Behandlung. Im Gegenteil, für Menschen mit eingeschränkter körperlicher und/oder geistiger Leistungsfähigkeit ist das herkömmliche Rezept zweifellos einfacher zu handhaben; je schwerer der Mensch erkrankt, desto größer würden für ihn die mit einem eRezept verbundenen Erschwernisse. Schwerkranke und Behinderte würden deshalb, ließe man ihnen die Wahl, zweifellos zum herkömmlichen Rezept greifen. Um dies zu verhindern, soll das eRezept als einzige mit der eGK verbundene medizinische Anwendung eine Pflichtenanwendung werden.

Aber bei den durch ein eRezept zu erwartenden Änderungen der Arbeitsabläufe in den ärztlichen Praxen drängt sich die Frage nach dem Sinn, nach dem ökonomischen, nach dem allgemeinsten Nutzen des Einsatzes der elektronischen Datenverarbeitung auf. Diese Frage hat die

Informatik inzwischen millionenfach beantwortet: Die Anwendung der Informatik ist inzwischen Teil unseres Lebens geworden, ist auch für Ärzte und in der Medizin unverzichtbar geworden. Sobald die Informatik in irgendeinem Bereich unseres Lebens Nutzen bringt, ist ihr Einsatz unaufhaltsam und unumkehrbar. Ihr größter Nutzen ist neben der Einsparung menschlicher Arbeitskraft und einer Reduzierung von Fehlern vor allem der Gewinn an Zeit, Zeit, die sich letztlich als verkürzter Ablauf eines Prozesses, als ökonomischer Nutzen oder als Gewinn von Lebensqualität auszahlt. Trotz des Siegeszuges der Informatik wird niemand behaupten wollen, dass sie *alle* Vorgänge in Gesellschaft, Wirtschaft und Medizin optimieren würde. Deshalb ist vor jeder Investition in eine neue Anwendung der Informationstechnologie, alle Ressourcen sind begrenzt, die Frage nach dem zu erwartenden Nutzen berechtigt: Cui bono? Wo liegt der Zeitgewinn und der ökonomische Nutzen eines eRezepts?

In Deutschland ist inzwischen das handschriftliche Ausfüllen eines Rezepts die Ausnahme, die computergestützte Überprüfung der verordneten Medikamente und die maschinelle Beschriftung des Rezeptvordrucks längst die Regel geworden; der Arzt setzt dann nach persönlicher Prüfung letztlich nur noch seine Unterschrift hinzu. In den Apotheken bzw. in den Apothekenabrechnungsstellen wird die Verordnung später wieder in den Computer eingelesen – da scheint es nahe liegend, mittels eRezept den Ausdruck eines herkömmlichen Rezepts und die dann folgende Wiedererfassung einzusparen (Vermeidung von Fehleingaben und des sog. Medienbruchs).

Ein Fortschritt bei jedem neuen Einsatzgebiet der Informatik wird vor allem dann erreicht, wenn beim Ablauf wiederkehrender Prozesse der jeweilige Engpass beseitigt wird. Bei dem Prozess, der mit ärztlicher Diagnostik beginnt, der sich dann über die Arzneimittelverordnung durch den Arzt fortsetzt und der dann in einer Informationsverarbeitung der Verordnung in und auch nach der Apotheke noch viele Arbeitsschritte hat, ist der Arzt der Engpass: Er hat zu verordnen und zu prüfen, er trägt für die Verordnung die volle medizinische und juristische Verantwortung; mit seiner Unterschrift auf dem Rezept wird diese Verantwortung übernommen.

Inzwischen gibt es in Deutschland, auf die Gründe muss hier nicht eingegangen werden, einen zunehmenden Ärztemangel. Auch führt die demographische Entwicklung und der Fortschritt der Medizin zu einer erheblichen Alterung unserer Gesellschaft und damit zu einer Zunahme chronischer Krankheiten, zur Multimorbidität der älteren Generation. Hier werden immer mehr Dauerverordnungen nötig, die auch ständig durch den Arzt zu prüfen sind. Gegenwärtig erfolgt in den Arztpraxen die Überprüfung von Unverträglichkeiten zunächst computergestützt, der Ausdruck solcher Wiederholungsrezepte dann durch die Arzthelferin, die Endkontrolle und die Fertigstellung (die Unterschrift) letztlich durch den Arzt. Solche Wiederholungsrezepte oder „Stapelverordnungen“ sind bewährte Praxis.

Nun soll, ohne dass vorher die Sinnhaftigkeit mit den Ärzten und Apothekern, den Hauptbetroffenen und Experten für Rezepte, geklärt wurde und ohne dass die Auswirkungen auf die Abläufe in den Arztpraxen vorab durch Versuche überprüft wurden, das herkömmliche Rezept durch ein eRezept ersetzt werden. Nach den inzwischen erfolgten Testläufen wird der ärztliche Zeitaufwand für ein Wiederholungs-Rezept (eRezept mit elektronischer Signatur) jedoch nicht geringer sondern beträgt im Vergleich zum bisherigen Verfahren sogar ein Mehrfaches.

Ein Wiederholungsrezept ist zwar eine Routineangelegenheit, dennoch eine ärztliche Tätigkeit von Bedeutung: Jede Verwechslung, jeder kleine Fehler bei der Arzneimittelverordnung kann durchaus fatale Folgen für die Gesundheit haben, u. U. sogar den Tod bedeuten. Darum ist auch jedes Wiederholungsrezept in jedem Wiederholungsfall und in jedem Detail vom Arzt sorgfältig zu prüfen und zu signieren.

Da lässt der höhere Zeitaufwand für ein eWiederholungsrezept erwarten, dass mancher Arzt seinen HBA einschl. digitalem Schlüssel und zugehöriger PIN zur Erstellung von eWiederholungsrezepten seinen Mitarbeitern überlassen könnte; er würde damit gegen Sinn und Vorschriften zur elektronischen Signatur verstoßen. Ob Aushändigung seines HBA an Mitarbeiter oder (wie geplant) eine gleichzeitige Signatur vieler Rezepte – der Arzt würde bei den vielen täglich anfallenden eWiederholungsrezepten die Kontrolle über die Arzneimittel verlieren, eine für die Arzneimittelsicherheit, den Kranken und den Rechtsschutz des Arztes extrem gefährliche Entwicklung.

Vorschriftsmäßig handelnd müsste der Arzt jedes eWiederholungs-Rezept selbst erstellen: Der Arzt müsste eine bisher delegierte Aufgabe selbst übernehmen und dafür zusätzliche Zeit aufwenden. So wäre der Engpass im Prozess durch ein eRezept also nicht beseitigt sondern verstärkt, die Arbeitsabläufe würden sich verschlechtern, der Arzt hätte weniger Zeit für seine eigentlichen Aufgaben Untersuchung, Beratung und Behandlung, die medizinische Prozesse in unserem Land wären verlangsamt, die Wartezeiten verlängert.

Tabelle 4: Aus der Planungsdokumentation, S. 317-318: Kosten-Nutzen-Analyse eRezept

Zeile		Investitionen	Betriebskosten 1. Jahr	Nutzen je Jahr
1	Arzt/Zahnarzt/KV	26 %	57 %	0 % (nicht signifikant)
2	GKV	57 %	29 %	65 %
3	PKV	7 %	3 %	6 %
4	Sonstige (? d.V.)	5 %	2 %	21 %
5	Apotheken	4 %	8 %	7 %
6	Krankenhäuser	1 %	1 %	1 %

Die ursprüngliche Planungsdokumentation des Projekts (Tabelle 4) bestätigt diese Überlegungen: Sie zeigt (Zeile 1), dass das eRezept den Ärzten keinen Nutzen, jedoch erhebliche Kosten – eine Refinanzierung ist nicht vorgesehen - bringen würde. Die Befürchtung der Ärzte, dass ihre Verwaltungskostenumlage an ihre KVen und ihre Beiträge an ihre Kammern missbräuchlich auch für die Einführung eines eRezepts verwendet werden könnten und dass die Vertragsärzte statt in Medizintechnik schon wieder in neue EDV-Technik investieren müssten, dass sie für Software-Wartung, Zertifizierung und Lizenzgebühren auch noch mit ständigen Zusatzkosten belastet werden könnten, dass sie angesichts steigender Betriebskosten und sinkenden Einkommens noch Kosten für fremden Nutzen auferlegt bekommen sollen, sind wohl sehr berechtigt.

Das Ausstellen und die Erfassung eines herkömmlichen Rezepts war im Gesundheitswesen nie ein Problem, darum war es Ärzten bisher immer unverständlich, warum man sich so vehement um ein eRezept bemüht und nicht um drängendere Probleme im Gesundheitswesen. Erst die Planungsdokumentation zeigt, dass von der Einführung eines eRezepts zwar die Versicherungsträger und Apotheken (Zeile 2 bis 5) profitieren sollen, jedoch nicht (Zeile 1) die für die Behandlungsqualität viel wichtigeren Ärzte.

Verfechter des Telematik-Projekts und Politiker wollen mittels eRezepts Arzneimittelnebenwirkungen verhindern, versprechen damit Einsparungen in dreistelliger Millionen-Höhe. Die wiederholte Behauptung in diesem Zusammenhang, in Deutschland würden wegen vermeidbarer Fehler bei Krankenhausbehandlung jährlich bis zu 17.000 Menschen sterben, geht völlig an der Sache vorbei. Auch sind die versprochenen Einsparungen bisher in keiner Weise kal-

kulatorisch begründet, sind völlig unsubstantiiert. Nach der Planungsdokumentation sollen die verordneten Medikamente - die eGK mit eRezept dient nur als Vehikel - in der Apotheke nochmals computergestützt einer Arzneimittel-Anwendungs-Sicherheitsüberprüfung unterzogen werden. Eine solche Überprüfung soll sich auf den aktuellen Gesundheitszustand einerseits und andererseits auf mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen beziehen.

Schon der erste Ansatz ist unrealistisch: Seinen aktuellen Zustand (s. Tabelle 3), möchte der Kranke in der Apotheke nicht unbedingt offenbaren.

Nebenwirkungen und Interaktionen andererseits ließen sich ggf. an Hand von Medikamenten-Informationen-Systemen prüfen. Bei der Verordnung eines einzelnen Medikaments dürfte dies problemlos, allerdings auch recht erfolglos, möglich sein. Es brauchen aber vor allem ältere Menschen viele, multimorbide Menschen sogar sehr viele, sich oft gegenseitig beeinflussende Arzneimittel. Selbst anscheinend unverträgliche Medikamente (Tabelle 5) müssen gelegentlich verordnet werden; der Arzt berücksichtigt die Umstände dann bei der Wahl der Mittel, bei der Dosierung und bei der Einnahmezeit.

Tabelle 5: Beispiele der Verordnung anscheinend unverträglicher Medikamente

Hustenlöser	Hustenstilller
Orale Kontrazeptiva	Antibiotika
Orale Antikoagulantien	Heparine
Insulin	Glucose
Antihypertonika	Medikament mit Blutdruck steigender Nebenwirkung

Der Apotheker ist seit jeher zur Kontrolle der ärztlichen Verordnung und zur Beratung des Patienten verpflichtet. Er kann aber nur Medikamente gegeneinander abwägen; andere Umstände, die der Arzt berücksichtigen konnte (s.o.), bleiben ihm weitgehend verborgen. Deshalb hat sich der Apotheker schon immer bei berechtigten Bedenken mit dem Arzt telefonisch in Verbindung gesetzt.

Es listen aber die Arzneimittel-Informationen-Systeme bei den modernen Medikamenten immer eine Fülle von Gegenanzeigen, sehr seltenen, seltenen, gelegentlichen und unwahrscheinlichen Nebenwirkungen, von Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, die Beeinflussung anderer Organe und anderer Körperfunktionen, dazu sonstige Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen auf. Bei den alternativen homöopathischen und den sog. Naturpräparaten sind diese Hinweise auf Einflüsse und Nebenwirkungen, da die Mittel oft völlig ungeprüft sind, ganz allgemein und weitläufig formuliert, sind Nebenwirkungen damit unkalkulierbar, Risiken auch computergestützt nicht zu bewerten.

Müssen viele Medikamente genommen werden, häufen sich die möglichen Nebenwirkungen und möglichen gegenseitigen Einflüsse. So würden bei der Einnahme mehrerer Medikamente, wollte man alle mit allen möglichen Einflüssen gegeneinander prüfen, die Warnhinweise aus dem Computer nach mathematischen Gesetzen in ungeahntem Ausmaß anfallen; letztlich würde jegliche Behandlung in Frage gestellt und könnten Apotheker und Arzt klärenden Rückfragen nicht mehr nachkommen. Käme es dann wegen eines ohne Rückfrage nicht ausgelieferten Medikaments zu einem Schadensfall, wäre der Apotheker wohl persönlich haftbar, mindestens aber wäre seine rechtliche Situation schwierig.

Deshalb ist die vermeintliche Annahme der Verfechter des eRezepts, der Apotheker könne mittels eRezept wesentlich mehr unerwünschte Arzneimittelwirkungen als mit herkömmlichem Rezept verhindern bzw. er würde ärztliche Verordnungen nach Warnungen aus seinem Computer nicht ausliefern und man könne mittels eRezept Arzneimittel in wirtschaftlicher

Größenordnung einsparen, zwar wohlgemeint aber fern jeder naturwissenschaftlichen, pharmakologischen und medizinischen Realität.

Auch sind in den letzten Jahren die deutschen Arztpraxen fast vollständig mit Computern ausgestattet worden, arbeiten auch mit hoch entwickelten Programmen einschl. Pharma-Modulen und mit integrierten Arzneimittelprüfungen, so dass der Arzt mögliche Unverträglichkeiten inzwischen bereits vor der Verordnung regulär prüft. Bei seiner Verordnung bringt er natürlich auch sein Wissen um die Lebens- und Krankheitsumstände des Patienten ein. Damit sind die tatsächlich computergestützt erfassbaren Unverträglichkeiten inzwischen schon weitestgehend in den Arztpraxen, schon vor der Verordnung, eliminiert; diese Einsparungen lassen sich, auch mittels eRezept, in der Apotheke nicht nochmals erzielen.

So sind die öffentlichen Versprechungen, mittels eRezept Unverträglichkeiten zu vermindern und in den Apotheken Arzneimittelkosten einzusparen, zum Teil unrealistisch, zum anderen Teil sind diese Ziele durch die Ausstattung der Arztpraxen mit EDV bereits erreicht.

Die so offensichtlichen Nachteile des eRezepts für den Kranken, für den Arzt und für den Apotheker lassen erwarten, dass bei einer Wahlfreiheit zwischen herkömmlichem und eRezept Patienten und Ärzte eine eRezept-Funktion kaum nutzen würden. Deshalb sieht das gegenwärtige Gesamtkonzept für die eRezept-Funktion im Vollbetrieb die Pflichtanwendung vor; der Versicherte oder ein von ihm Beauftragter könnte dann nur noch die eGK mit eRezept in der Apotheke zur Einlösung vorlegen. Dort sollen die Daten entschlüsselt, eingelesen, das Rezept auf der eGK als eingelöst vermerkt und das Medikament ausgehändigt werden. Dieses Konzept schließt aber jegliches Einlösen einer Verordnung durch die Homecare-Unternehmen oder in den Versandapotheken aus und dürfte u. E. deshalb mit dem deutschen und europäischen Wettbewerbsrecht unvereinbar sein.

8. Aufbewahrung und Vernichtung von Informationen, zentrale ePA und Störungen

Das Wissen um medizinische Vorgänge und medizinische Daten verlieren mit der Zeit unterschiedlich an Bedeutung, weshalb für die Aufbewahrung von Unterlagen (und ihnen gleichgestellte elektronische Datenträger) durch den Arzt und das Krankenhaus auch verschiedene Aufbewahrungsfristen gelten.

Tabelle 6: Aufbewahrungs-Vorschriften und -Gegebenheiten

Überweisungsformulare des Arztes für ambulante Behandlung	1 Jahr
Durchschriften von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	2 Jahre
Datenträger-Duplikate der ärztlichen Abrechnung	4 Jahre
Sonstige medizinische Unterlagen	10 Jahre
D-Arzt-Unterlagen	15 Jahre
Unterlagen zur Strahlendiagnostik bei Kindern /Jugendlichen	bis zur Vollendung d. 28. Lebensjahres
Unterlagen nach Röntgen- /Strahlentherapie	30 Jahre
Krankenhausakten	30 Jahre
Unterlagen zur Anwendung von Blutprodukten	30 Jahre
Geburten-Verzeichnis der Kreißsäle	30 Jahre?, 110 Jahre?, unbegrenzt?
Geburtenregister der Standesämter	110 Jahre
Kirchliche Geburtenverzeichnisse	seit mindestens 1792 vorhanden

Diese Aufbewahrungspflicht durch den Arzt gilt auch über das Ende seiner Berufstätigkeit und (für die Rechtsnachfolger) selbst über seinen Tod hinaus.

Wenn medizinische Befunde, Berichte oder andere Dokumente *im Allgemeinen* kurz- und mittelfristig ihre Bedeutung verlieren, so können sie *im Einzelfall* bei ungewöhnlichen Krankheitsverläufen oder aus juristischen Gründen doch auch nach längerer Zeit nochmals benötigt werden und so wieder an Bedeutung gewinnen; sie sind in solchen Fällen auch über die vorgeschriebenen Fristen hinaus aufzubewahren.

Auch anderes Wissen verliert unterschiedlich an Bedeutung. So gelten bspw. für sensible Unterlagen, für Sachakten und Verschlussachen (VS) des Bundes übrigens auch Schutzfristen (Tabelle 7); danach werden auch diese Unterlagen nicht automatisch vernichtet.

VS-Sachen werden nach Ablauf ihrer Schutzfrist geprüft und ggf. heruntergestuft. Nach Ablauf der Schutzfristen stehen alle Unterlagen, von hochsensiblen Schriftstücken der Nachrichtendienste, des diplomatischen und militärischen Bereichs abgesehen, dann der Forschung zur Verfügung.

Tabelle 7: Schutzfristen von Akten der Bundesbehörden und des Bundesarchivs

Internationale Schutzfrist für alle öffentlichen Sachakten	30 Jahre
Unterlagen vor dem 23.5.1949	zugänglich *)
Offene Sachakten	30 Jahre
Deutsche öffentliche Sachakten	60 Jahre ?
Sozialdaten	60 Jahre
Unterlagen der Steuererhebung	60 Jahre
VS-Sachen (eingestufte Schriftstücke), 1949 – 1975, klassifiziert	30 Jahre, ab 2011 zugänglich
VS-Sachen (eingestufte Schriftstücke), ab 1976 klassifiziert	30 Jahre **), maximal 60 Jahre
Personalakten	110 Jahre nach der Geburt bzw. 30 Jahre, wenn Tod bekannt
*) unter bestimmten Auflagen	
**) sofern die Behörde nicht verlängert	

Wollte man die in §291a SGB V genannten oder gar *alle* medizinischen Informationen über einen Menschen etwa auf einer eGK speichern, so stünde gegenwärtig und absehbar wohl kein Chip mit ausreichender Kapazität zur Verfügung. Zwar hat der Gesetzgeber bisher (§ 291a, Abs. 1, SGB V) definitiv nur über die Einführung einer eGK entschieden, jedoch (Zitat 6) bereits für alle medizinischen Daten der eGK die Möglichkeit für das Erheben, Verarbeiten und Nutzen der Daten, d.h. für einen Netzzugang, gefordert und somit alle logistischen Voraussetzungen für eine zentrale ePA geschaffen. Die ePA wäre dann die logische Konsequenz, die zwangsläufige Folge dieser Strukturen und Investitionen, wäre nur noch der letzte Schritt beim Aufbau eines deutschen Telematik-Systems. Inzwischen hat die Bundesregierung dazu auch offen erklärt, dass die künftige ePA (*nicht auf der eGK sondern d.V.*) netzbasiert auf einem Server gespeichert werden sollte.

Zitat 6: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V

§291a Elektronische Gesundheitskarte

(3) Über den Absatz 2 hinaus muss die Gesundheitskarte geeignet sein, folgende Anwendungen zu unterstützen, insbesondere das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von

1. medizinischen Daten, soweit sie für die Notfallversorgung erforderlich sind,
2. Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen sowie Behandlungsberichten in elektronischer und maschinell verwertbarer Form für eine einrichtungsübergreifende, fallbezogene Kooperation (elektronischer Arztbrief),
3. Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit,
4. Daten über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte sowie Impfungen für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation über den Patienten (elektronische Patientenakte),
5. durch von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten sowie
6. Daten über in Anspruch genommene Leistungen und deren vorläufige Kosten für die Versicherten (§ 305 Abs. 2); die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Nummer 1 muss auch auf der Karte ohne Netzzugang möglich sein.

Wollte man diese medizinischen Informationen über jeden Versicherten lebenslang und post mortem etwa auf einer ePA, auf einem deutschen Zentralrechner führen, so sammelten sich ungefiltert neben Informationen von nachhaltiger Bedeutung auch enorme Mengen von nutzlosen Daten (bspw. über Bagatellerkrankungen oder längst veraltete Laborwerte), Halden von Daten-Müll und Informationen, die nur mit unvertretbarem Zeitaufwand auszuwerten wären.

Wollte man von den medizinischen Informationen evtl. nur die Diagnosen speichern, würden permanent auch Akut-, Verdachts- und passagere Diagnosen gespeichert; Daten, die den diagnostischen Prozess ebenfalls verzögern würden, ihn fehlleiten könnten; manche Diagnosen könnten den Patienten sogar stigmatisieren.

Über Doppeluntersuchungen in der Medizin (Art? Anzahl? Notwendigkeit versus Unnötigkeit? Wirtschaftliche Bedeutung?) liegen derzeit keine validen Angaben vor. Es ist, im Gegensatz zur Wirtschaft, in der Medizin aber meist nicht die Schnelligkeit entscheidend; dem Kranken ist Sorgfalt und Sicherheit dagegen immer geschuldet. Ob - und wenn ja, in welchem Umfang - eine zentrale ePA tatsächlich Doppeluntersuchungen in wirtschaftlich relevanter Größenordnung reduzieren kann, ist gänzlich unbelegt.

Mit dem Aufbau einer jeden neuen Datenbank über eine menschliche Population ist, auch wenn man sich zu Beginn dessen meist noch nicht bewusst ist, die Konsequenz verbunden, später über eine komplette Fortführung, über eine begrenzte Fortführung (nach Selektion zu löschender Anteile), über die Bewahrung (langfristige Datensicherung einer unveränderten Datei) oder über die Vernichtung der Daten entscheiden zu müssen.

Tabelle 8: Werterhalt medizinischer Informationen

Bagatellerkrankungen, bspw. Symptome eines grippalen Infekts	kurzfristig
Laborbefunde, bspw. zur Operationsvorbereitung:	kurzfristig bis postoperativ
Labor-Kontrollwerte bei chronischer Erkrankung	mittelfristig
Laborbefunde, bspw. Blutgruppe	lebenslang
Untersuchungsbefunde bspw. der Schwangeren-Betreuung	bis zur Geburt eines gesunden Kindes
Untersuchungsbefunde bspw. eines Unfalls	Jahre, z.T. lebenslang
Histologische Befunde bspw. einer Krebserkrankung	Jahrzehnte
Allergien und Desensibilisierungen	Jahrzehnte

Chronische oder genetische Erkrankung, Transplantation Impfungen	lebenslang lebenslang
---	--------------------------

Mitunter machen sich schwerste Krankheiten aber anfangs durch Symptome bemerkbar, die von Bagatellerkrankungen noch nicht zu unterscheiden sind. Oft sind Menschen auch über Jahrzehnte in ständiger Behandlung. Mitunter werden Informationen, noch nach Jahren und nicht vorhersehbar, auch für soziale Begutachtungen und/oder für juristische Zwecke benötigt und sind dann noch über die vorgeschriebene Zeit hinaus aufzubewahren. Und es erfordert die Erforschung seltener Krankheiten die Auswertung ganzer Jahrzehnte. Krankheitsverläufe sind so vielfältig, das Leben so vielseitig, die Zukunft ist nicht absehbar, so dass sich ein allgemeingültiger Algorithmus für die Selektion medizinischer Informationen, für die Entscheidung etwa gegen die Aufnahme in eine ePA oder für Fristen zum Löschen vermeintlich bedeutungsloser Daten wohl nicht finden lässt. Wollte man dennoch eine bereinigte ePA, eine Datei mit regelmäßiger Löschung nach Ablauf von Fristen (vorgesehen sind die bisher gültigen Aufbewahrungsfristen), führen, so wäre dies mit einem Verlust wichtiger Informationen für die Bürger, für die Medizin, für die Rechtsprechung und auch für die Forschung verbunden.

Eine komplette Fortführung einer deutschen zentralen ePA dagegen würde zu einem gigantischen „Datenfriedhof“ und zu einer Zentraldatei führen, die alle Lebensumstände eines jeden Bürgers enthielte, die je in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens angefallen sind. Ein großer Schritt zum gläsernen Bürger wäre getan.

Darüber hinaus wurde wohl auch nie die Gefahr größerer Störungen nach Einführung einer zentralen ePA öffentlich diskutiert. Solche Störungen durch Strom- und/oder Systemausfall sind - es gab in Deutschland doch wiederholt großflächige, selbst mehrwöchige Telefon- und Stromausfälle - durchaus zu erwarten. Es verfügen aber nur Kliniken und wenige Gesundheitseinrichtungen mit Operationssälen oder lebenserhaltenden Geräten über ein Notstromaggregat. Da könnte ein Strom- oder Telefonausfall zur flächendeckenden Beeinträchtigung medizinischer Einrichtungen einer ganzen Region, ein Systemausfall zur weitgehenden Arbeitsunfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens führen.

Auf die Gefahr, dass Mitarbeiter von Softwarefirmen im Rahmen der Fernwartung auf geheim zu haltenden Daten zugreifen und diese sogar verändern könnten, hat der Bundesdatenschutzbeauftragte (s. o.) bereits hingewiesen.

Und wir leben heute leider auch mit einer realen Gefahr des Terrorismus: Wie verschwindend klein wären die Folgen eines Angriffs auf unser Verkehrsnetz gegen die Folgen eines Eingriffs in eine deutsche zentrale ePA?!

9. eGK und zentrale ePA bei stationärer Behandlung

Nur Mediziner mit elektronischem Heilberufsausweis sollen auf die Patientendaten zugreifen dürfen, stets nur in Gegenwart des Patienten („Vier-Augen-Prinzip“). Muss sich ein Versicherter wegen schwerer Krankheit einer Krankenhausbehandlung unterziehen, wird jede Klinik, sobald eine eGK mit medizinischen Daten und/oder auch eine zentrale ePA existiert, darin Einsicht nehmen wollen (und müssen). Da könnte jede Verweigerung oder Beschränkung einer Einsichtnahme Gesundheit und Leben des Kranken gefährden und würde auch das Vertrauensverhältnis zu den Ärzten und dem Krankenhaus belasten. Darum kann ein Kranker, sofern er überhaupt bei Bewusstsein und handlungsfähig ist, im Krankenhaus die Zustimmung zur Einsicht praktisch nicht verweigern.

Aber auch im Krankenhaus fehlt, mehr noch als bei ambulanter Behandlung (schließlich führte meist eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes zur stationären Aufnahme), die Verständnisfähigkeit des Versicherten für die Daten seiner eGK und ePA sowie für die im Vorder- und Hintergrund ablaufenden Datenaustausch-Prozesse. Auch wäre im Krankenhaus ein Zugriff zu einer zentralen ePA überwiegend nur in räumlicher Trennung vom Patienten möglich; es vermag deshalb ein Patient im Krankenhaus Umfang und Inhalt eines Zugriffs und die Verwendung seiner Daten praktisch überhaupt nicht zu kontrollieren.

Vor allem bräuchten die Krankenhäuser, wie die ambulanten Einrichtungen, den Zugriff zu einer zentralen ePA (bspw. zum Einstellen nachfolgender Befunde und der Epikrise, zur Vorbereitung einer Wiederaufnahme, zur Begutachtung, in Wirtschafts- und Rechtsfragen oder auch zu wissenschaftlichen Zwecken) immer auch noch nach der Entlassung oder dem Tod ihrer Patienten, auch für Neugeborene (die noch keine eGK besitzen können) und auch für andere (Nichtversicherte und Ausländer ohne eGK). Das „Vier-Augen-Prinzip“, diese Zugriffsbegrenzung auf die zentrale ePA eines Kranken nur mit dessen eGK und nur mit dessen Mitwirkung, würde den Krankenhäusern die Arbeitsgrundlage entziehen.

So wäre es nach Schaffung einer zentralen ePA unvermeidlich, die Krankenhäuser zu ermächtigen, auch in Abwesenheit des Kranken darauf zugreifen zu dürfen. Die Krankenhäuser wiederum könnten nicht nur ihre Ärzte, müssten auch zahlreiche andere Mitarbeiter zu einem Zugriff auf eine zentrale ePA berechtigen. Faktisch bräuchten und erhielten die Krankenhäuser damit eine Generalbevollmächtigung; die geforderte Zustimmung des Versicherten, seine eGK und PIN wären nur Formalien.

Weil aber eine Einflussnahme des Versicherten auf die Einsicht in seine Daten und auf die weitere Verwendung dieser Informationen auch im Krankenhaus nicht möglich wäre, erfüllen eGK und PIN, mehr noch als bei ambulanter Behandlung, auch im Krankenhaus nicht die versprochene Schutzfunktion, könnten auch im Krankenhaus die Forderungen des BDSG (Zitat 4) nicht erfüllt werden.

Mit der Einführung einer zentralen ePA und der Ermächtigung von Krankenhäusern und/oder anderen Gesundheitseinrichtungen wären aber auch weitergehende Nachfragen dieser Ermächtigten und ihrer Berechtigten nach geheim zu haltenden Daten - bspw. nach Krankheiten der eigenen Mitarbeiter, der Kollegen, von Bewerbern oder bspw. auch nach Lebensumständen (s. Tabelle 3) der eigenen Führungskräfte oder von Personen aus der Öffentlichkeit, wären Nachfragen ohne Wissen der Betroffenen nicht mehr zu verhindern. Und es besteht dabei auch die Gefahr, dass interessierte, bestechliche oder genötigte Mitarbeiter der zugriffsberechtigten Institutionen Informationen über bestimmte Personen in die Öffentlichkeit bringen könnten. Sicherheitsexperten sprechen in solchen Fällen vom sog. „Missbrauch von Befugnissen durch Innentäter“. Exemplarisch ist ein solch öffentlich bekannt gewordener Fall, er betraf im Jahr 2005 die Krankenhausakte von Bill Clinton. Und schließlich wäre bei der Vielzahl der Berechtigten und der Zugriffe auch eine Rückverfolgung solch rechtswidrigen Verhaltens zur Strafverfolgung wohl kaum möglich.

Eine zentrale ePA würde aber sofort auch Begehrlichkeiten zahlreicher Leistungserbringer des Gesundheitswesens, von Krankenkassen, Kranken- und anderen Versicherungen sowie von sozialen Einrichtungen wecken, wobei durchaus auch Konstellationen zu erwarten wären, bei denen sich mancher Bürger, vielleicht auch unter einem gewissen Druck, deren Wünschen nach Zustimmung zu einem Einblick in seine ePA nicht entziehen könnte. Auch in solchen Fällen, analog dem eingangs zitierten BVerfG-Urteil, wären für den Bürger die Bedingungen praktisch nicht verhandelbar. Und auch hier vermag der Versicherte, selbst bei Einsatz von eGK und PIN, nicht wirklich zu kontrollieren, ob sich die Einsicht tatsächlich nur auf sach-

dienliche Informationen beschränkt, ob nur Einsicht genommen oder etwa auch kopiert wird und wie mit den Informationen über ihn weiter verfahren wird.

Es ist offensichtlich: Eine zentrale ePA ist ohne eine umfassende Ermächtigung von medizinischen Einrichtungen und ihrer Mitarbeiter praktisch nicht möglich; jede Ermächtigung jedoch entzöge den Bürgern die Einflussmöglichkeit auf die ihnen grundgesetzlich garantierten Geheimhaltungsinteressen.

In Vorbereitung auf das deutsche Telematik-Projekt hat der Staat zwar ausdrücklich die Nutzung der Daten der Kontrolle des betroffenen Bürgers unterstellt, dennoch sind auch Konstellationen denkbar, bei denen, sobald eine zentrale ePA existiert, auch der der Staat Begehrlichkeiten entwickeln und seinen Behörden über eine neue Gesetzgebung Zugang verschaffen könnte.

10. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

10.1. Entwicklung einer eGK: jedoch ohne Rezept-Funktion und ohne PIN

Die Weiterentwicklung der gegenwärtig genutzten KVK zu einer eGK mit Notfalldatensatz, mit der Möglichkeit, diesen und die administrativen Daten zu aktualisieren, ist u. E. durchaus sinnvoll. Mit weitergehenden medizinischen Daten versehen, hätte eine eGK trotz modernster Technologie jedoch Grenzen.

Auf das Passbild könnte man verzichten; ein besserer Schutz vor missbräuchlicher Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ließe sich schon durch die einfache Vorschrift erzielen (Kinder und Schwerstkranke ausgenommen), mit der eGK auch einen Lichtbildausweis vorzulegen.

Die öffentlichen Versprechungen, mittels eRezept Unverträglichkeiten zu verringern, Schäden zu vermeiden und so in den Apotheken Arzneimittelkosten einzusparen, gehen zum Teil an der pharmakologischen und medizinischen Realität weit vorbei, zum anderen Teil sind mögliche Einsparungen durch die bereits heute übliche computergestützte Überprüfung der Verordnungen bereits in den Arztpraxen schon erreicht und lassen sich in den Apotheken nicht nochmals erzielen.

Die Einführung eines eRezepts brächte den Versicherten keine bessere Behandlung, vielen Kranken jedoch Erschwernisse. Eine generelle Abkehr vom herkömmlichen Rezept, die Pflichtanwendung des eRezepts, ließe insbesondere für Alte und Behinderte eine erhebliche Benachteiligung befürchten, diese wäre verfassungswidrig.

Auch eine PIN wäre für die schwächsten Bürger in unserer Gesellschaft, dazu gehören insbesondere auch die Kranken und Behinderten, eine weitere Belastung; je schwerer eine Krankheit ist, desto größer wäre auch ihre Belastung durch eine PIN. Ohne eRezept-Funktion und ohne ePA würde sich auch die PIN erübrigen.

Den behandelnden Ärzten brächte ein eRezept neben Investitions- und Folgekosten auch zusätzlichen Zeitaufwand, jedoch, wie auch die Planungsdokumentation zeigt, keinen Nutzen. Der erhöhte ärztliche Zeitaufwand für eWiederholungs-Rezepte ließe sogar eine Behinderung der Arbeitsabläufe in den ärztlichen Praxen, damit eine Verschlechterung der medizinischen Betreuung und auch längere Wartezeiten erwarten.

Weil, zusammenfassend, bei einer eRezept-Funktion keines der versprochenen Ergebnisse zu erwarten ist, dagegen aber massive Behinderungen der Kranken und des Betreuungsprozesses, sollte man auf ein eRezept verzichten.

10.2. Ärztliche Schweigepflicht und informationelles Selbstbestimmungsrecht: Verzicht auf eine zentrale ePA

Die uneingeschränkte ärztliche Schweigepflicht ist für die Bürger Voraussetzung, in schwierigen Lebenslagen ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen; jede unbefugte Offenbarung würde zu schwerwiegenden Nachteilen für die Bürger führen.

Das Recht der Bürger, über eine Offenlegung ihrer medizinischen Belange *in jedem Einzelfall* selbst zu bestimmen, dieses informationelle Selbstbestimmungsrecht, ist grundgesetzlich garantiert und vom BVerfG auch mehrfach bestätigt worden. Auch die persönliche, ggf. auch zivil- und haftungsrechtliche Verantwortung des Arztes für die Einhaltung seiner Schweigepflicht schützt den Patienten. Insofern ist es für beide zumindest bedenklich, wenn die ärztlichen Aufzeichnungen bzw. Dateien ausgelagert und nichtärztlicher Obhut unterstellt würden. Die bereits heute zu beobachtende Praxis, dass verschiedene Gesundheits-Einrichtungen ihre Daten in einen Pool einspeisen oder sich vernetzen, entspricht, insofern gegenseitig Einsicht in die Patientendatei oder automatische Auskunft gewährt wird, nicht diesen Rechtsgrundsätzen und den Rechtsvorschriften. Eine zentrale deutsche elektronische Patientenakte wäre nur der Extremfall der möglichen Vernetzung.

eGK und PIN sollen den Bürgern nach dem „Vier-Augen-Prinzip“ einen Zugriff nur in ihrer Gegenwart garantieren und so die Kontrolle über ihre Daten ermöglichen. Dennoch wäre kein Bürger, weder bei ambulanter Behandlung noch im Krankenhaus, bei einem Zugriff zu einer deutschen zentralen ePA auch nur annähernd in der Lage, zu verstehen, in welche Daten Einsicht genommen wird und zu kontrollieren, wie mit diesen Daten weiter verfahren wird.

Auch müsste sowohl bei ambulanter wie auch bei stationärer Behandlung den behandelnden Ärzten und den von ihnen Beauftragten ein Zugriff zu einer zentralen ePA auch in Abwesenheit des Versicherten möglich sein. Der Kranke könnte weder dem Arzt und noch der medizinischen Einrichtung dazu die Bevollmächtigung verweigern, ohne seine Genesung oder sein Leben zu gefährden. Das „Vier-Augen-Prinzip“ ist daher für die vorgesehene Anwendung in der Medizin völlig ungeeignet. Ein Zugriff in Abwesenheit aber nähme dem Versicherten jegliche Kontroll-Möglichkeit; so täuschen eGK, PIN und „Vier-Augen-Prinzip“ dem Bürger (und vielleicht auch den mit der Entwicklung des Projekts Befassten) die Kontrolle über seine Daten nur vor.

Die Einhaltung höchster Sicherheitsstandards für den Zugang zu einer ePA von außen, für die Speicherung und die Datenübermittlung sind für das Projekt wichtig und unverzichtbar. An technischen Sicherheitsstandards gegen die Gefahr des „Eindringens von Außentätern“ wird gearbeitet, allerdings wird diese Sicherheit von Fachleuten zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch für sehr lückenhaft gehalten. Auf die Gefahr einer Manipulation durch Wartungsfirmen hat der Datenschutzbeauftragte hingewiesen

Die Komplexität von Krankheiten hat zu einer großen ärztlichen Arbeitsteilung geführt, die Multimorbidität einer alternden Gesellschaft zusätzlich zur Inanspruchnahme vieler Ärzte. Für die Ärzte, Krankenhäuser und für ihre vielen Mitarbeiter ist, bei ambulanter und stationärer Behandlung, eine Ermächtigung unvermeidbar. Hier, bei einem „Missbrauch der Befugnisse durch Innentäter“ liegt u. E. die größte und bisher völlig unberücksichtigte Gefahr für den Datenschutz.

Die unvermeidliche Ermächtigung von Arzt und Krankenhäusern, auch noch nach der Anwesenheit des Versicherten die zentrale ePA einzusehen, käme einer Generalbevollmächtigung gleich, was aber praktisch einer Umgehung bestehender Schutzvorschriften entspräche. Mit dem grundgesetzlich garantierten informationellem Selbstbestimmungsrecht der Bürger, mit deren Grundrecht, bei jeder einzelnen Nachfrage die Wahrung ihrer Geheimhaltungsinteressen selbst zu kontrollieren, so wie es die Richter am BVerfG bekräftigt haben, wären eine zentrale ePA u. E. deshalb nicht zu vereinbaren. Wir haben daher Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit einer deutschen zentralen elektronischen Patientenakte.

Eine zentrale ePA würde auch zu Begehrlichkeiten von medizinischen Einrichtungen und ihren Mitarbeitern, von Krankenkassen, Versicherungen, des Staates und seiner Behörden, von Arbeitgebern und Privatpersonen führen. Die Gefahr, dass von unberechtigter Seite Einblick in eine zentrale ePA genommen wird, ist absehbar. Auch besteht die Gefahr, dass nach Aufbau einer solchen Datenbank der Gesetzgeber seinen Behörden mittels Rechtssprechung Zugang verschafft. So sind die Datenschutzrisiken einer zentralen deutschen ePA trotz gegenteiliger Beteuerungen erheblich größer als bisher angenommen.

Die schutzwürdigen Rechte der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten, ihre Notizen zu *subjektiven* Eindrücken und Wahrnehmungen und zu den Lebensumständen ihrer Patienten geschützt zu wissen, sind bisher völlig unberücksichtigt geblieben. Wollte man diese Notizen auf einem elektronischen Medium notieren, müssten solche Notizen lokal und separat geführt, möglichst noch verschlüsselt werden, was die Handhabbarkeit deutlich komplizieren würde.

Medizinische Informationen sind häufig jahrzehntelang, oft lebenslang, mitunter noch post mortem von Bedeutung. Ein Löschen von Daten nach Fristablauf würde zu Verlusten führen, vollständig weitergeführt aber würde eine deutsche zentrale ePA zu einer Zentraldatei führen, die alle Lebensumstände eines jeden Bürgers enthielte, die je in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens angefallen sind. Ein weiterer Schritt zum gläsernen Bürger wäre gegangen.

10.3. Psychologische Aspekte: Ärztliche Aufgabe ist die medizinische Beratung, nicht die datenschutzrechtliche Aufklärung

Von jedem Eintrag medizinischer Daten in seine eGK oder in eine ePA müsste der Bürger, um sein informationelles Selbststimmungsrecht überhaupt wahrnehmen zu können, darüber durch den Arzt datenschutzrechtlich informiert werden. Auch dieser zusätzliche Zeitaufwand würde zu Lasten von medizinischer Beratung und Behandlung gehen.

Bereits heute beklagen viele Versicherte eine zunehmende Technisierung der Medizin und eine abnehmende Zuwendung ihrer Ärzte. Die zu erwartende zusätzliche Beschäftigung der Ärzte mit eGK und ePA, mit datenschutzrechtlicher Aufklärung, mit Bildschirm, HBA und Datenerfassung lässt aber befürchten, dass der Kranke sich in der medizinischen Einrichtung dann, mehr noch als heute, vor allem als Störfaktor fühlt; seine Daten erscheinen wichtig, sich und seine Leiden aber empfindet er bei Datenerfassung als lästig. Es muss aber bei allem Fortschritt der medizinischen Informatik gewährleistet bleiben, dass der Kranke sich nicht randständig fühlt, dass er weiter Ziel und Mittelpunkt ärztlichen Tuns bleibt.

10.4. Kosten und Nutzen. Drohende Klagen vor dem BVerfG und dem EuGH

Berechtigt erscheint uns auch die Kritik an der Höhe der öffentlich genannten Kosten: Inzwischen ist belegt, dass das deutsche Telematik-Projekt ein Mehrfaches an Kosten verursachen wird, als ursprünglich öffentlich genannt. Auch sind die versprochenen Einsparungen von Arzneimittelkosten durch die Einführung eines eRezepts (s.o.) nicht zu erwarten.

So stellen sich unter realistischer Betrachtung von Kosten und Nutzen Aufwand und Gewinn des deutschen Telematik-Projekts heute völlig anders, deutlich schlechter als ursprünglich erhofft und versprochen, dar. Danach ist zu erwarten, dass der zu erwartenden Nutzen den gewaltigen Aufwand letztlich nicht rechtfertigt.

Bei dem deutschen Telematik-Projekt nur über (die allein für das eRezept geplanten) 1,4 Mrd. Euro zu reden, erweckt den Eindruck, als wären dies die Gesamtkosten; dies ist eine sträfliche öffentliche Desinformation. Wie würde man wohl einem Architekten begegnen, der, in der Hoffnung auf Auftrag und Baubeginn (und natürlich auch auf Fertigstellung) dem Bauherrn die Kosten des Fundaments als Gesamtkosten präsentieren würde?

Patienten und Ärzte wurden zu keiner Zeit gefragt, ob sie ein eRezept oder eine zentrale elektronische Patientenakte wollen. Da erscheint uns auch der ärztliche Widerspruch durchaus

berechtigt, ohne eigenen Nutzen für die Einführung eines eRezepts mit hohen Kosten belastet zu werden.

Und letztlich könnte eine Verfassungswidrigkeit des eRezepts wegen Benachteiligung Behinderter oder eine Verfassungswidrigkeit einer zentralen deutschen Patientenakte wegen Verletzung des informationellen Selbstbestimmungsrechts der Bürger, insbesondere unserer behinderten Mitbürger, die Realisierung des Projekts am Ende scheitern lassen. Gleiches gilt für eine absehbare Klage, z.B. durch eine europäische Versandapotheke, gegen das eRezept wegen Verstoßes gegen das Wettbewerbsrecht.

Würden die für das Projekt Verantwortlichen, persönlich haftend in einem privaten Großunternehmen, mit den ihnen anvertrauten Mitteln gleicher Größenordnung das selbe Risiko eingehen, wie mit den Mitteln der Solidargemeinschaft für die Einführung von eGK, eRezept und ePA?

10.5. Wie weiter?

Ziel unserer Betrachtung ist keinesfalls eine Ablehnung der Informatik oder die Behinderung ihres Einsatzes in der Medizin; es geht uns vielmehr um die bestmögliche Nutzung des Fortschritts in der Medizin, um den zweckmäßigsten Einsatz begrenzter Mittel und um den Erhalt elementarer Patienten-, Bürger- und Behindertenrechte.

Dabei bleiben die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des informationellen Selbstbestimmungsrechts der Bürger bei der Weitergabe der sie betreffenden Informationen uneingeschränkte Voraussetzung für ein deutsches Telematik-Projekt. Insbesondere die ärztliche Schweigepflicht ist ein so wertvolles und unverzichtbares Gut, dass sie auch nicht für einen vermeintlichen oder tatsächlichen wirtschaftlichen Nutzen (der beim gegenwärtigen deutschen Telematik-Projekt im versprochenen Umfang für uns nicht erkennbar ist) verletzt oder reduziert werden darf.

Maßstab für die Investition in das Projekt kann auch nicht ein umfangreicherer Einsatz der Informatik an sich, Maßstab kann nur der Nutzen für die Versicherten und vor allem für die Kranken sein. Planung und Stand des deutschen Telematik-Projekts lassen aber befürchten, dass mit einem unverhältnismäßigen Aufwand, dass mit eGK, mit eRezept und ePA vollendete Tatsachen geschaffen werden sollen, die dann, um den Verantwortlichen keine Blöße zu geben, den Gesetzgeber trotz Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht, trotz verfassungsrechtlicher Bedenken, trotz des begrenzten Nutzens und trotz der exorbitanten Kosten zur Vollendung zwingen sollen. Es sind die Politiker, die u. E. hier falsch beraten wurden und die das Projekt beschlossen haben, wohl auch einer Fortschrittsgläubigkeit erlegen.

Die Concorde-Denkfalle:

In den 1970er Jahren entschieden sich die Briten und Franzosen, wider bessere Einsicht, weiter in das Überschall-Verkehrsflugzeug zu investieren.
Der Grund war ganz einfach der, dass sie schon zu viel Geld für den Jet ausgegeben hatten.
Mit den bekannten Folgen.

Nun ist niemand vor Irrtümern gefeit; Verantwortung aber zeigt sich aber auch darin, Irrtümer einzugestehen und zu korrigieren. Es könnte und sollte das deutsche Telematik-Projekt aber weitergehen:

Eine Weiterentwicklung der KVK zur eGK mit einem Notfalldatensatz, eine PIN ist dabei nicht erforderlich, erscheint uns schon angebracht. Insofern wären die bisher dafür ausgegebenen Mittel auch nicht verloren. Soweit die Kostenträger bereits Mittel aufgebracht haben

und noch aufbringen, sollten diese allerdings gerecht, proportional dem zu erwartenden Nutzen, verteilt werden.

Ein besserer Missbrauchsschutz der eGK könnte auch ohne Passbild, ohne die damit verbundenen Kosten, allein durch die Pflicht zur Vorlage auch eines Lichtbildausweises völlig kostenlos erzielt werden. Von der Einführung eines eRezepts sollte man ganz absehen.

Eine eGK mit über den Notfalldatensatz hinausgehenden medizinischen Daten und insbesondere eine deutsche zentrale und allseitig vernetzte elektronische Patientenakte sind mit dem informationellen Selbstbestimmungsrecht der Bürger unvereinbar, sind auch medizinisch nur von begrenztem Nutzen und darum verzichtbar.

Statt jetzt eine solche zentrale deutsche, elektronische und personenbezogene Patientenakte aufzubauen und nach Fristablauf (wie vorgesehen) letztlich wieder zu löschen, scheinen uns stattdessen Vorbereitungen angebracht, langfristig eine Datenplattform zu schaffen, die es zukünftig möglich macht, die wichtigsten anfallenden dezentralen Daten aus ambulanter und stationärer Behandlung statt zu löschen dann irreversibel anonymisiert der Forschung (bspw. zur Bekämpfung schwerer, auch seltener Krankheiten) zuzuführen.

Ein so korrigiertes, insgesamt gekürztes und zeitlich gestrecktes Telematik-Projekt würde deutlich preiswerter sein, die Kosten-Nutzen-Betrachtung würde deutlich günstiger ausfallen, das Projekt könnte die nötige ärztliche Unterstützung finden; die freiwerdenden Mittel könnten dann für wichtigere medizinische Vorhaben, bspw. zur Bekämpfung von Krebs oder auch anderer Volkskrankheiten, eingesetzt werden.
