

Gedanken zur Einführung der E-Card für Patienten und Ärzte in Deutschland

Ohne allein auf die Mainstreamargumente, wie zum Beispiel immer weiter ausufernde Kosten, die Datenschutzproblematik usw., vordergründig eingehen zu wollen, möchte ich detailliert mögliche Schwachstellen aufzeigen, deren Beseitigung für eine Akzeptanz der Karteneinführung durch die Ärzteschaft unabdingbar sind. Die Chancen mit dieser Karte sind für die Ärzteschaft wie auch für die Patienten riesig. Vorausgesetzt, man geht auf die Bedenken ein und löst die Probleme. Erinnern möchte ich an den Widerstand gegen die Chipkarte, die sehr schnell und erfolgreich Einzug gehalten hat, deren Systemmängel wie der ungehinderte und kostentreibende Zugang zum System und der unkontrollierbare Missbrauch bei Verlust, Diebstahl und Todesfall aber immer noch nicht abgestellt sind. Bei einem erfolgreichen Start kann die E-Card auch international ein erfolgreicher Exportartikel werden. Da die deutsche Ärzte- und Patientenschaft quasi die Mitentwickler und Träger der meisten Aufwendungen sind, sollte der Grossteil der später eingenommenen Gewinne aus dem Verkauf auch dem deutschen Gesundheitssystem rückgeführt werden. Damit können Anfangsverluste ausgeglichen werden und erwartete Einsparungen kommen denen zugute, die dem System zum Erfolg verhalfen. In Österreich ist die E-Card eingeführt worden und hat dort für erheblichen Ärger und zunehmende Inakzeptanz bei der Ärzteschaft geführt. Gleichwohl ist die E-Card österreichischen Verschnitts mitnichten mit dem deutschen Ansatz zu vergleichen und entspricht nur einer Minimalvariante des in Deutschland Geplanten.

An erster Stelle aller Bedenken stehen die primären und die Folgekosten, genau genommen die Refinanzierungsformen. Absolut sicher ist die Tatsache, dass alle Kosten bis zur Dose die Kassen finanzieren müssen, alles diesseits der Arzt. Wenn diese Frage nicht zur Zufriedenheit der Ärzteschaft geklärt wird, werden die Verbände alle Kollegen aufrufen, dieses

System zu boykottieren. Und dann droht ein finanzielles Fiasko erster Güte. Es wird genügend Umgehungskreisläufe geben, um staatlichem Druck auszuweichen. Das angedachte System der Rückvergütung über einen Aufschlag auf Rezepte scheint mir wenig durchdacht. Was, wenn der Hausarzt mit seinen Möglichkeiten Unmengen Rezeptzahlen unnötig generiert, was macht der Pathologe oder Humangenetiker, der gar nicht weiß, wie ein Rezept aussieht, aber gleiche Investitionskosten hat? Hier scheint ein erhebliches Konfliktpotenzial zu liegen. Des Weiteren habe ich insofern Bedenken, dass dieses System zukünftig unabwendbar kostengenerierend wirkt, da zentral festgelegt Innovationsschübe ausgelöst werden. Analog der Situation am Heimrechner, wo durch ständig neue Marotten die Anforderungen an die Rechner immer weiter aufgebläht werden und man ständig updaten und neu investieren muss. Letztlich nur, um den Rechner am Laufen zu halten.

Ein Weiteres ist die freiwillige Beteiligung von Patienten bzw. deren zwingende Einwilligung, was auf der Karte gespeichert wird. Wenn es dem Patienten überlassen bleibt und keine obligate Regelung gefunden wird, ist die Einführung inhaltslos, denn dann kann ich als Arzt dem Inhalt nicht trauen, da ich die Vollständigkeit anzweifeln muss. Es werden sensible,

dem Patienten nicht genehme Fakten fehlen. Daraus resultieren ungeahnte und unabsehbare juristische, medizinische und berufsrechtliche Folgen, deren Klärung vorab erfolgen muss.

Der erforderliche Zeitaufwand für die Bedienung der Karte mit den verschiedenen Zugriffen muss betriebswirtschaftlich berechnet und Kosten ergänzend in den EBM 2000+ nachberechnet werden, da gerade hier Haus- auch Hautärzte und einige andere bei weitem mehr als andere mit zusätzlichem Zeitaufwand belastet werden. Wie ist der Datenzugriff zu regeln? Es gibt wirre unterschiedliche Vorstellungen bisher. Soll der Arzt nur Zugriff auf Daten seiner Fachgruppe haben, sollen alle Ärzte alles über die Inhalte der Karte erfahren dürfen, wie ist der Notfall zu händeln? Ein Nebenproblem ist die durch die Informationsdichte sicher erforderliche Interaktionsprüfung bei mehreren Medikamenten, die uns Ärzten heute leider oft entgeht. Wer ist für die Prüfung auf Interaktionen zuständig? Der, der es entdeckt? Der verschreibt?

Bis das System im Ganzen läuft, werden mindestens zehn Jahre und mehr vergehen. Vielen Bevölkerungsgruppen sind die Umstellungen nicht zuzumuten. Analog dem Handling mit der Computerisierung unserer Umwelt. Da beteiligen sich viele nicht, weil die Mittel und Fähigkeiten fehlen. Aber es gibt verlustfreie

Umgehungschancen, bei der E-Card nicht. Dort gilt es für alle. Also müssen Übergangsfristen geschaffen werden. Auch für ältere Kollegen, die sonst reihenweise vorzeitig den Ruhestand suchen. Denn ein neues System muss sich auch wirtschaftlich und mental amortisieren. Bisher ein unbestelltes Feld.

Die Zuverlässigkeit des E-Card-Systems muss ausreichend gesichert sein. Wir sahen an tollcollect und jetzt am Beispiel Österreichs, welche fatale Folgen Unzuverlässigkeit im technischen Bereich haben kann. Die Folgen auf dem sensiblen Gebiet der Medizin sind unausdenkbar und damit auch die juristischen und berufsrechtlichen. Wer haftet, wenn aus technischen Gründen hochrelevante Daten keinen Zugang finden und der Patient Schaden nimmt? Hier werden viele Rechtskreise aus berufs-, zivil- und strafrechtlicher Form geschnitten, die über Jahre und Jahrzehnte erst langsam erkannt und dann durchgefochten werden müssen. Ich sehe hier endlosen Klärungsbedarf. Insgesamt lässt sich konstatieren, dass es zu einer umfangreichen Organisationsreform der Praxis- aber auch Krankenhausabläufe kommen wird.

Eine solche Datensammlung weckt Bedrohlichkeiten mit dem Entwicklungspotenzial zum Überwachungsstaat oder zum Missbrauch. Dann nämlich, wenn alles zum Beispiel auf einem von den Ärzten nicht favorisierten zentralen Server gespeichert wird, wenn durch allgemeine Gesetzesänderungen nach Maßgaben von heute unvorstellbaren, dann aber legitimierte Gremien diese Daten alle nach bestimmten Kriterien scannbar sind. Was ist, wenn die Regierung zur Legitimation von neu zu beschließenden Gesetzen Daten braucht und dann auf diese zurückgreift? Was, wenn Rentenversicherung oder Berufsgenossenschaften einen Abgleich erforderlich machen? All das ist sicher im Moment undenkbar, kann trotzdem gegebenenfalls sinnvoll sein. Wenn wir hier keine klaren festen Maßstäbe haben, wird die Zukunft in dieser Frage wirr werden können. Aus der Erfahrung

ohne ich jedenfalls eines: Es wird zu einer technisch perfektionierten Ausweitung des Prüfwesens kommen. Das Arzneimittelregresswesen bekommt dann eine völlig andere Dimension. Nun sage bitte niemand, dass so etwas ausgeschlossen ist. Wenn etwas technisch möglich ist, wird es mittel- und langfristige auch genutzt. Auf der anderen Seite fürchte ich im Sinne unserer Patienten die Möglichkeiten selektiver Kontrahierung. Kann jemand garantieren, dass im Zuge öffentlicher Meinungsänderung und weiterer Rationierung bestimmte Gruppen aus der medizinischen Versorgung ausgeklammert werden sollen, so wie es jetzt schon in vielen Ländern Europas üblich ist und die über die Datensammlung erfolgreich klassifiziert werden können? Ich will die Sache nicht weiter auf andere ethische Felder ausdehnen, die außer in Deutschland in fast allen Ländern Europas heute schon Realität sind: Thema aktive Sterbehilfe und anderes mehr.

Ein neues Problem ist das Haftungsproblem bei dem eintretenden Informationsüberfluss. Wenn alle relevanten Informationen gespeichert sind, wer will die Fülle juristisch sauber verarbeiten? Gerade unter dem Aspekt eigentlich unzutreffender Diagnosen, die teilweise und begründungsabhängig als „Begründungsdiagnosen“ eingestellt sind und noch nicht gelöscht oder vergessen wurden zu löschen, aber andere Doctores in ihrem Handeln beeinflussen können. Ich schließe nicht aus, dass eine solche E-Card neue Berufsfelder wie Lotsen im Gesundheitswesen generiert, die in Bereiche der schon ob der Patientenmenge und des Aufwandes restlos überforderten Hausärzte einbrechen.

Es darf also keine Akzeptanz und Umsetzung der Karte geben, wenn die Praktikabilität (ohne nicht honorierten Mehraufwand) des Einsatzes der eGK/HPC in Klinik und Praxis nicht vorher im Detail geklärt ist. Es ist für Deutschland noch offen, wie der Regelfall bei Hausbesuch, Pflegeheim, Notdienst geregelt ist. Es grenzt die bisherige Überlegung doch an

Faschingsscherz, immer in die Praxis zurückzufahren und von dort aus die Sachen nachzuarbeiten. Wir brauchen für diese Fälle standardisierte Formen/Abläufe, zum Beispiel Patientenakten und zwingend eine übersichtliche und schnell überschaubare Datenstruktur auf der E-Card. Des Weiteren fürchte ich, dass das finanzielle Akzeptanzproblem der E-Card auf den Arzt übertragen werden wird, er haftet also für die Folgen, wenn Patienten das System boykottieren oder nicht nutzen können. Auch wird die Selbstverwaltung eigene Kollegen sanktionieren müssen. Wehret den Anfängen, dies muss ausgeschlossen werden!

In Kurzform möchte ich zusammenfassen. Das Thema der Refinanzierung der Investitionen, der Betriebskosten und des organisatorischen Mehraufwandes muss sauber und transparent im EBM geregelt werden. Eventuelle Pauschalen und nutzungsbezogene Zuschläge müssen realistisch, dem tatsächlichem Aufwand entsprechend, gestaltet werden. Die Investitionsfolgen dürfen nicht zu Lasten der Leistungserbringer gehen. Allerdings ist keinesfalls zu leugnen, dass auch Ärzte an Einsparungen partizipieren. Wenn Patientendaten auf deren Freiwilligkeit erfasst werden, dürfen rechtliche Folgen nicht zu Lasten der Ärzte gehen. Nach heutigem Konsens ist die Datenhoheit bei den Patienten zu belassen. Das bedingt die oben beschriebenen ausreichenden Übergangsfristen für alle Teilnehmer mit einer Gesamtzeit von letztlich 15 Jahren und mehr bis zur vollständigen Umsetzung.

Sind die von mir angerissenen Problemfelder im Sinn der Ärzte und Patienten gelöst, sollte die Ärzteschaft frohen Mutes diese Innovation tragen und ihr zum Erfolg verhelfen.

Dr. med. Thomas Lipp
Vorsitzender des
Hartmannbund-Landesverbandes Sachsen
im Auftrag des Vorstandes