

# Das deutsche TI-Projekt aus ärztlicher Sicht

Klaus Günterberg

**2003 wurde die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) beschlossen. Was ist bis heute erreicht worden? Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) unterscheidet sich von der früheren Krankenversichertenkarte (KVK) bisher nur durch das Passbild. Der Gesetzgeber hat nun für 2018 Termine zur verpflichtenden Einführung der TI gesetzt und Sanktionen beschlossen. Die Folgen des TI-Projekts für Patienten und Ärzte werden hier dargestellt.**

Ärzte verfolgen gleichzeitig verschiedene Interessen: Sie sehen sich als Interessenvertreter der sich ihnen anvertrauenden Patienten, sie treten für medizinischen Fortschritt ein, sie wollen ein gerechtes, solidarisches, gut funktionierendes, ökonomisches und finanzierbares Gesundheitssystem und schließlich haben sie auch eigene Interessen. Sie wollen kein Zurück zum Krankenscheinheft von 1990 mit Berechtigungsscheinen; die Nutzung einer Karte als Versicherungsnachweis und zur Übernahme der administrativen Daten in die Datei der medizinischen Einrichtung hat sich bewährt. Ärzte unterstützen auch alle medizinisch sinnvollen Anwendungen der Karte als Speichermedium, wenn der Datenschutz gewährleistet ist. Auf die vielen geplanten Anwendungen, technischen Einzelheiten und Termine des TI-Projekts soll hier aber nicht eingegangen werden, es geht vielmehr um Grundsätzliches.

Ärzte sind durchaus für den Einsatz der Informatik in der Medizin; wo der Nutzen erkennbar war, haben sie entsprechende Strukturen in ihren Praxen auf eigene Kosten, in den Krankenhäusern und in allen medizinischen Einrichtungen aus eigenem Antrieb selbst geschaffen. Wo die Informatik von anderer Seite im Gesundheitswesen impliziert wurde, geschah dies stets mit ärztlicher Hilfe. Und immer ist jede Verbesserung und

Erweiterung bestehender EDV-Strukturen im Gesundheitswesen nur mit ärztlichem Fachwissen möglich. Ärzte sind die treibenden und begrenzenden Kräfte im Gesundheitswesen.

## Im Interesse Ihrer Patienten

Bereits 2003 hat der Bundestag das GKV-Modernisierungsgesetz beschlossen, die rechtliche Grundlage zur eGK und zur Einführung der TI in Deutschland. Bisher wurde aber lediglich die Krankenversicherungskarte durch die eGK ersetzt; in der täglichen Anwendung unterscheiden sie sich bisher nur durch das Passbild.

Ziel des TI-Projekts ist vor allem die Schaffung einer sektoren- und einrichtungsübergreifenden zentralen deutschen Datei über die Krankheiten eines jeden Bürgers (ePatientenakte, ePA), zugänglich über eine gesicherte vernetzte Verbindung.

Ärzte und andere Kritiker dieses Projekts sehen dabei Gefahren für den Datenschutz. Ärzte wollen und müssen die Geheimnisse der sich ihnen anvertrauenden Patienten wahren, sie sprechen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Datenschützer und Informatiker sprechen vom Datenschutz, Juristen vom Schutz fremder Geheimnisse. Dabei ist die Wortwahl unwichtig, immer ist der Schutz des Bürgers, die Wahrung seiner Intim-

und Privatsphäre gemeint, immer geht es gegen die unbefugte Weitergabe seiner gesundheitlichen Verfassung, um die Auswirkungen, die eine solche unbefugte Weitergabe auf sein Leben hätte.

*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 ...“*

Besser als die Bundesverfassungsrichter kann man es nicht ausdrücken: Die unbefugte Weitergabe von Befunden über den Gesundheitszustand eines Menschen ist nicht statthaft. Unberufen, d. h. unbefugt sind alle, auch Ärzte, die an der Behandlung nicht beteiligt sind.

Alle Lebensumstände, die der behandelnde Arzt erfährt, müssen vertraulich bleiben. Darüber hinaus gibt es aber auch Umstände mit Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, für die es ein historisch begründetes und unverändertes Geheimhaltungsinteresse gibt, bei denen die unbefugte Offenbarung zu besonders schweren, oft lebenslangen Nachteilen für den Betroffenen führen könnte, so dass es jedem Einzelnen überlassen bleiben muss, den Vertraulichkeitsschutz, auch für nachbehandelnde Ärzte und ihre Mitarbeiter aufzuheben. Solche

## Lebensumstände und Erkrankungen mit besonderem Geheimhaltungsinteresse

- Adoption
- Begutachtungen: psychiatrische, rechtsmedizinische, Berufstauglichkeit, Erwerbsunfähigkeit, Haftfähigkeit, Zeugungs-, Zurechnungs- und Testierfähigkeit
- Beschneidung
- Brust-Amputation, -Rekonstruktion und -Implantation
- Ehe- und Sexualberatung
- Erbkrankheiten, genetische Muster
- Erkrankung bei bzw. mit Gefährdung des Arbeitsplatzes
- Erkrankung mit nur noch begrenzter Lebenserwartung
- Geschlechtsumwandlung
- Hymenal-Rekonstruktion
- Inkontinenz von Harn und Stuhl
- Jungfräulichkeit
- Kinderwunschbehandlung, Kontrazeption
- Kosmetische Operation
- Krebserkrankung
- Medikamenten-, Alkohol- und Drogen-Konsum
- Promiskuität und Prostitution
- Psychische Erkrankung, einschl. Suizidversuch
- Schwangerschaft, einschl. Abort, Abbruch und Geburt
- Sexuelle Erkrankung, einschl. sexuell übertragbarer Erkrankung, einschl. erektiler Dysfunktion
- Sexueller Missbrauch
- Sexuelle Orientierung
- Straftat: Behandlung und Begutachtung von Täter und Opfer
- Vaterschaft
- Vergewaltigung
- Zahnersatz

Lebensumstände sind nicht selten; sie begegnen Frauenärzten aber wohl sehr viel häufiger als anderen Ärzten.

Die oben aufgeführten Beispiele für ein berechtigtes erhöhtes Geheimhaltungsinteresse zeigen, 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 geht um die Intimsphäre dieser Menschen. Eine unbefugte Offenbarung würde tief in die Lebensführung der Betroffenen eingreifen, würde ihre Würde verletzen und wäre rechtswidrig.

Für die Nutzung der geplanten ePA sind elektronische Zugangsbeschränkungen (PIN-Code für den Versicherten, Verschlüsselung der Daten, Einführung elektronischer Heilberufs- und Einrichtungsausweise mit PIN für den Arzt und seine Mitarbeiter, die qualifizierte Signatur sowie das „Vier-Augen-Prinzip“) vorgesehen. Damit soll ein Zugriff durch Unbefugte verhindert werden. An der Wirksamkeit dieser Maßnahmen haben Ärzte begründete Zweifel.

### Die Grenzen des Datenschutzes

Bereits heute ist schon bei einem gesunden Normalbürger mit jeder

neuen PIN die Grenze der Belastbarkeit überschritten, kann er doch die vielen PINs und Passwörter seiner Karten (im Durchschnitt sind es 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-IDs, seine Kundenkennungen als Internetnutzer und dazu noch die beruflichen Nutzer-Codes nicht mehr vollständig präsent haben.

Ärzte vertreten die Interessen ihrer Patienten; ihre Patienten sind aber überwiegend Kranke. Bei vielen Krankheitsfolgen (beispielsweise nach einem Trauma, wenn das Bewusstsein oder das Sehen beeinträchtigt ist, wenn die Hand zittert oder verbunden ist oder wenn der Mensch zum Liegen gekommen ist) kann der Kranke mit Bildschirm und PIN nicht mehr umgehen. Und mit der Alterung der Menschen in unserer Gesellschaft stößt die PIN an weitere natürliche Grenzen. Die ersten Feldtests mit der eGK haben gezeigt, dass schon das Merken einer PIN viele Alte und Kranke überfordert. Auch wird der Gebrauch einer PIN dort an Grenzen stoßen, wo der Mensch generell, z. B. mangels intellektueller Leistungsfähigkeit oder (als Behinderter) wegen schwerer körperlicher Gebrechen ein

solches System nicht beherrschen kann, er wäre gegenüber Gesunden benachteiligt. Deshalb könnten manche Anwendungen des deutschen TI-Projekts unter Umständen sogar grundgesetzwidrig sein.

*Art. 3, Abs. 3 des Grundgesetzes  
„...Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“*

Bei ambulanter Behandlung ist die Patientenakte bzw. die Datei des Patienten Arbeitsgrundlage sowohl der aktuellen Behandlung als auch langfristiger Betreuung, mit ihr wird (beispielsweise bei der Zuordnung und Bewertung nachfolgender Untersuchungsbefunde, beim Ausstellen von Wiederholungsrezepten oder bei Begutachtungen) regelmäßig auch noch in Abwesenheit des Patienten gearbeitet. Eine Zugriffsbeschränkung zur elektronischen Patientenakte nach dem „Vier-Augen-Prinzip“, ein Zugriff nur in Anwesenheit des Patienten, nur mit seiner eGK und PIN, ginge deshalb an den medizinischen Gegebenheiten völlig vorbei, sie würde eine ordnungsgemäße Behandlung unmöglich machen. Was sich am Bankautomaten bewährt hat, ist für eine ePatientenakte untauglich.

Zugangsbegrenzungen, Verschlüsselungen und weitere Maßnahmen sollen auch den unberechtigten Zugriff

von außen, durch sogenannte Hacker, auf medizinische Daten verhindern. Erfahrungen mit anderen großen geheim zu haltenden Datenbanken (von Staaten, Behörden, Geheimdiensten, Finanzämtern, Banken) lassen berechtigte Zweifel aufkommen, ob das überhaupt möglich sein kann.

Ärzte verbringen ihren Arbeitstag, auch viele Nächte, in ihren Sprechzimmern, in den Rettungsstellen, im Operations- oder Kreißaal, am Röntgengerät, im Labor und an vielen anderen ärztlichen Arbeitsplätzen. Immer sind sie bei ihrer Tätigkeit, auch zur Information und Dokumentation, unverzichtbar auf die Hilfe vieler Mitarbeiter angewiesen, die dazu auch Zugang zu den Akten und Dateien haben müssen. Man schätzt, dass bei einer zentralen deutschen elektronischen Patientenakte mindestens zwei Millionen der im Gesundheitswesen Tätigen eine Zugangsberechtigung bräuchten. Eine Datenbank, zu der zwei Millionen Menschen eine Zugangsberechtigung haben, ist vor Innentätern nicht mehr zu schützen!

Als Beispiel solcher Innentäter soll hier das Finanzamt Potsdam angeführt werden, bei dem 2013 jeder dritte der 361 Finanzbeamten unbefugt Steuerdaten, für deren Bearbeitung er nicht zuständig war, abgerufen hat. Eine nachfolgende Überprüfung aller Brandenburger Finanzämter zeigte damals, dass 20 bis 50 (!) Prozent der Bediensteten unbefugt auf Steuerdaten der Bürger (ihrer Kollegen? Vorgesetzten? Nachbarn? Politiker? Personen aus der Öffentlichkeit?) zugegriffen haben. Medizinische Daten erwecken zweifellos gleiche Begehrlichkeiten. Auch hier gibt es für Innentäter Beispiele.

Bei diesem deutschen TI-Projekt ist die Gefahr des Einblicks, des Zugriffs und des Missbrauchs durch Innentäter, durch eigentlich Zugangsberechtigte, auf Daten, ohne dass für sie dazu eine berufliche Notwendigkeit

besteht, bisher weitgehend unberücksichtigt geblieben.

Es geht aber nicht nur um die medizinischen Daten der Bürger. Jeder Patient hinterlässt beim Arzt auch seine Kontaktdaten (technisch administrative Daten oder Stammdaten) mit seiner Adresse und den Telefonnummern, inzwischen auch seine Mail-Adresse, auch sehr Persönliches, was für die Behandlung wichtig ist (beispielsweise zur Berufstätigkeit und zur Partnerschaft), oft auch die Kontaktdaten des nächsten Angehörigen. Auch diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, bei jedem Patienten. Nun gibt es aber viele Menschen mit einem berechtigten erhöhten Interesse, ihre Kontaktdaten vor Unbefugten zu ver-

### Besonders gefährdete Personen

(ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

- Finanzbeamte
- Führungskräfte
  - der Parteien und der großen Organisationen
  - der Polizei und Bundeswehr
  - der Wirtschaft
- Gesuchte Personen, z. B. Kronzeugen
- Bewohnerinnen von Frauenhäusern
- Journalisten, insbesondere des Fernsehens
- Justizvollzugsbeamte
- Mitarbeiter
  - des Bundeskanzleramtes
  - des Bundesnachrichtendienstes
  - des Krisenstabs
  - des Staatsschutzes
  - anderer Sicherheitsdienste
  - des Bundesgrenzschutzes
- Personen der Öffentlichkeit
- Polizisten
- Regierungsmitglieder von Bund und Ländern
- Abgeordnete und deren engste Mitarbeiter
- Richter, auch ehrenamtliche
- Staatsanwälte, insbesondere der Generalstaatsanwaltschaft
- Stalking-Opfer

bergen. Darunter sind solche, die für unseren Staat und für unsere Sicherheit verantwortlich sind, darunter auch viele, die in der Öffentlichkeit stehen und manche, die anderweitig gefährdet sind.

Von der einzelnen Persönlichkeit ist gewöhnlich nicht bekannt, mit welcher Krankheit und bei welchem Arzt sie in Behandlung war bzw. ist. Auch haben innerhalb einer Arztpraxis nur wenige Personen Zugang zu den Daten und sind sich bewusst, dass eine Verletzung ihrer Schweigepflicht mit einer großen Entdeckungsgefahr verbunden ist. Im Krankenhaus ist die Zahl der Zugangsberechtigten schon größer, die Entdeckungsgefahr kleiner. Schon das geplante Versicherten-Stammdaten-Management (VSDM) würde die Gefahr unberechtigten Zugriffs auf die Kontaktdaten exorbitant erhöhen; eine zentrale deutsche ePA brächte die Gefahr unberechtigten Zugriffs auch auf die medizinischen Daten: Jede einrichtungsübergreifende Vernetzung würde diese schon jetzt gefährdeten Menschen in noch größere, in unabsehbare Gefahren bringen.

Es gibt bundesweit in Kliniken, Praxen und Verwaltungen einen Ärztemangel. Beim VSDM sollen verwaltungsrelevante Änderungen der Versicherten-Daten per Datenleitung und Kontakt mit der Krankenkasse letztlich in den Arztpraxen erfolgen. Die Aktualisierung soll automatisch erfolgen und jeweils nur wenige Sekunden dauern.

Erste Tests in Westfalen-Lippe zeigten allerdings einen weit höheren Zeitaufwand. Dass dafür auch ärztliche Arbeitszeit eingesetzt werden muss, wird geflissentlich verschwiegen: Die Programme müssten in jeder ambulanten Einrichtung eingerichtet werden, später benötigten sie Wartung, in größeren Abständen auch Erneuerung. In Krankenhäusern kann man dazu ausgebildete Informatiker einsetzen; in der ärztlichen ambulanten Praxis aber ist nicht die Arzthelferin, sondern bestenfalls der Arzt

dazu qualifiziert, also dessen Zeit gefragt.

Wenn elementare Verwaltungsaufgaben, die bisher von Versicherungsfachangestellten ausgeführt wurden, künftig auf Ärzte, auf die im Gesundheitswesen am höchsten Qualifizierten, auf die mit der teuersten und längsten Ausbildung, verlagert werden sollen, empfinden Ärzte dies, gelinde ausgedrückt, als unproduktiv und wehren sich dagegen. Schon heute beklagen Patienten, Juristen, Kassen und Gesundheitspolitiker, dass Ärzte zu wenig beraten würden. Da ist jede Maßnahme, die Ärzten Zeit nimmt, um die Verwaltung zu entlasten, kontraproduktiv und geht zu Lasten der medizinischen Betreuung.

Elementare Verwaltungsaufgaben sollten weiterhin in den Zweigstellen der Krankenkassen vorgenommen werden. Für Krankenkassen ohne Zweigstellen könnte dies durchaus in regionalen Zweigstellen anderer Kassen geschehen; hier ist nicht die kostbare Zeit der Ärzte, hier ist die Solidarität der Krankenkassen gefragt.

Sofern ärztliche Praxen heute einen Internet-Anschluss haben, ist dieser gewöhnlich nur sporadisch aktiviert und zusätzlich durch eine Firewall vor Zugriff von außen geschützt. Updates und Fernwartung erfolgen stets unter Aufsicht des Arztes, der den Zugriff jederzeit abbrechen kann.

Für das VSMD sollen die ärztlichen Praxen nun mit sogenannten Konnektoren ausgestattet werden. Im Klartext: Damit soll die Firewall umgangen, damit soll ein ständiger und vom Arzt nicht mehr kontrollierbarer Zugriff von außen über das EDV-System der Praxis auf die im Lesegerät steckende eGK geschaffen werden. Versprechungen, das VSMD physisch vom Praxis-IT-System zu trennen, sind völlig realitätsfern.

Bei unkontrollierten Fremdzugriffen kann auch Schadsoftware eingeschleust werden; da ist im Schadens-

fall die Haftungsfrage noch völlig ungeklärt. Und es ist vor allem bei Fremdzugriffen über das IT-System der Praxen und Einrichtungen auf die eGK vom Zugriff auf die Kontaktdaten bis zu den medizinischen Daten nicht mehr weit. Mit dem VSMD wird der ständige Zugriff der Krankenkassen (und der anderen Kostenträger/Verwaltungen/Behörden/EDV-Dienstleister) auf die EDV-Systeme der medizinischen Einrichtungen zur Normalität. Dann ist es zur zentralen deutschen ePA nur noch ein Schritt, ein Schritt, auf den der Arzt dann keinen Einfluss mehr hat. Die Wahrung der Intim- und Privatsphäre eines jeden Bürgers beim Arzt wäre beendet und damit das Vertrauen der Bürger in die ärztliche Verschwiegenheit, Grundvoraussetzung ärztlichen Wirkens.

Solange die medizinischen Daten in einer Einrichtung und damit abgeschirmt sind, sind sie weitgehend geschützt. Mit einer einrichtungsübergreifenden Vernetzung entstehen aber auch Interessen der Wirtschaft und kriminelle Begehrlichkeiten. Vor allem um die Letzteren geht es Ärzten, Patientenverbänden und Datenschützern, die sich gegen die geplante Vernetzung medizinischer Einrichtungen wehren, die Voraussetzung und Teil des deutschen TI-Projekts ist. An dieser Stelle stellen sich ethische und juristische Fragen: Ist der medizinische Nutzen einer zentralen ePA so groß, dass er den ungeheuren Aufwand rechtfertigt? Ist es berechtigt, wegen vermeintlicher wirtschaftlicher Effekte der geplanten TI die Gesundheits- und administrativen Daten der Bürger, ihre Intim- und Privatsphäre, breiten medizinischen Kreisen zugänglich zu machen? Aus ärztlicher Sicht: Nein.

### **Das Gesundheitssystem, eine kritische Infrastruktur**

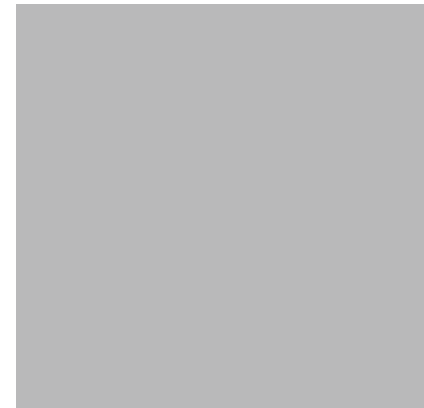
Auf die Gefahren durch Täter von innen und von außen, durch Hacker, ist bereits hingewiesen worden. Aus der kurzen Geschichte der Informatik kennen wir inzwischen aber schon

verschiedene Angriffe auf geheim zu haltende Daten, wie z. B. unberechtigte Einblicke, Kopien der Daten, Manipulationen in den Daten (Löschung, Änderungen), Einschleusung von Späh- und Schadsoftware – bis zur angedrohten oder tatsächlichen Stilllegung ganzer Systeme (z. B. über Viren oder DDoS, d. h. über eine gezielte Überlastung mit dem Ziel des Zusammenbruchs). Bei getrennten Systemen fällt dann das jeweils angegriffene System oder die jeweils angegriffene Einrichtung aus.

Solche Angriffe mittels Ransomware (Verschlüsselungs-Trojaner) gab es und gibt es zunehmend auch schon auf Einrichtungen des Gesundheitswesens, meist verbunden mit Erpressungsversuchen. Für die betroffene medizinische Einrichtung ist jeder erfolgreiche Angriff immer eine Katastrophe, das Gesundheitswesen an sich ist dadurch noch nicht gefährdet. Mit der Vernetzung aber steigt die Anzahl gleichzeitig gefährdeter Einrichtungen; nach einer Vernetzung aller deutschen medizinischen Einrichtungen entsteht die Gefahr, dass das gesamte Gesundheitswesen unseres Landes stillgelegt werden könnte, der GAU, der größte anzunehmende Unfall im Gesundheitswesen.

Nun möge niemand erwidern, ein solcher GAU könne nicht passieren, es gebe genügend Sicherheitsvorkehrungen, das seien irrationale Ängste oder dergleichen. Die Ereignisse des

Anzeige



11. September 2001 und die Katastrophe von Fukushima haben uns gezeigt, dass das Undenkbare durchaus geschehen kann. Nach einer Vernetzung aller deutschen Krankenhäuser, Praxen, Zahnärzte und Apotheken, wie beim deutschen TI-Projekt geplant, würde auch das Gesundheitswesen zur kritischen Infrastruktur gehören.

### Der Notfalldatensatz

Der Notfalldatensatz soll ein Kernstück des Projekts werden und dem TI-Projekt die Unterstützung der Allgemeinheit verschaffen: Wer kann schon ernsthaft etwas gegen eine bessere Versorgung im Notfall haben?

Allerdings verweisen Rettungsmediziner auf die Umstände eines Notfalls: Da geht es um Blutstillung und Beatmung, um venösen Zugang, um Herzmassage und Kreislaufstabilisierung, um Schmerzlinderung und Transport. Die Umstände bei einem außerklinischen Notfall ließen das Auslesen einer Karte nur sehr selten zu.

Bisher fanden in der Diskussion um den Notfalldatensatz der ärztliche Zeitaufwand und die Kosten noch keine größere Berücksichtigung. Nach eigenen Berechnungen wären für die bundesweite Dateneingabe der Notfalldaten 10 Millionen Arzt-Arbeitsstunden erforderlich. Pro Hausarzt wären das 202 Stunden, Kosten dieser Arbeitszeit 1,207 Milliarden Euro. Hinzu kämen die Kosten für die Bestandspflege, insgesamt ein Aufwand an ärztlicher Arbeitszeit und Kosten, der wohl kaum aufzubringen sein dürfte. Ärzte sehen da beim Notfalldatensatz den Aufwand in keinem vertretbaren Verhältnis zu den seltenen Anwendungen. Auch wäre der geplante Notfalldatensatz nur im Inland anwendbar; er würde weder der länderübergreifenden Mobilität unserer Bürger noch der europäischen Entwicklung, schon gar nicht der zunehmenden Globalisierung gerecht werden. Ärzte sind sehr wohl für eine bessere Notfallversor-

gung. Sie verweisen aber auf die bereits vorhandenen, mehrsprachigen Notfall-Ausweise, die ohne technische Hilfsmittel und weltweit lesbar sind, die durchaus eine breitere Anwendung finden sollten.

### Die Kosten

Der Arztausweis wurde von den Ärztekammern früher als herkömmliches und haltbares Dokument, ähnlich dem damaligen Führerschein, mit Passbild und mit unbegrenzter Gültigkeit gegen eine einmalige Gebühr erstellt.

Der eArztausweis in Form eines herkömmlichen Plastik-Ausweises soll im Rahmen des deutschen TI-Projekts auch der rechtssicheren digitalen Signatur, dem Erstellen von eRezepten und Laboraufträgen, der Ver- und Entschlüsselung und dem digitalen Versand von Arztbriefen dienen, dem Datenaustausch, dem Zugang zur eGK der Versicherten und zur geplanten elektronischen Patientenakte.

Die Bundesärztekammer nennt Kosten von monatlich 7,90 Euro; im Bereich der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz kostet der eArztausweis derzeit 10,40 Euro pro Monat. Mit dem eArztausweis wird auch der Kauf eines Lesegeräts und der Software in Höhe von 139,80 Euro nötig. Ärzte hätten demnach in zehn Jahren für ihren Ausweis 1.087,80 Euro, in Rheinland-Pfalz sogar 1.387,80 Euro zu zahlen. Auch für die Praxis- bzw. Institutskarte (SMC-B) soll eine regelmäßige Gebühr erhoben werden. Der von den Krankenkassen versprochene Zuschuss zum eArztausweis würde 37 Prozent der Kosten decken, die Pauschalen für die Erstausrüstung der Praxen einschließlich Praxis- bzw. Institutskarte würden voraussichtlich auch nur einen Teil der Kosten ausgleichen.

Man kennt die Preise der weit verbreiteten Club-, Kunden-, Ausweis-, Zutritts- und Dienstkarten, die teilweise inklusive Bild in kleiner Auflage be-

reits für unter zwei Euro zu haben sind. Man kennt auch die Preise einer banküblichen EC-Karte. Der moderne und fälschungssichere deutsche Personalausweis mit Hologramm, Chip und Foto, mit weit höheren Sicherheitsstandards als jede Smartcard, kostet bei der Beantragung am Wohnsitz 28,80 Euro, er gilt zehn Jahre. Der Vergleich des eArztausweises und der Praxiskarte mit dem Personalausweis bietet sich an. Dass statt des Kaufs einer Smartcard – nichts anderes sind eArzt- und eInstitutsausweis – von jedem Arzt nicht endende Monatsgebühren zu zahlen wären, ist nicht nachvollziehbar.

Ärzte haben in Hard- und Software, immer dort, wo dies wirtschaftlich und medizinisch sinnvoll war, schon sehr viel investiert. Sie wollen aber nicht für fremden Nutzen zahlen. So empfinden sie sich bei den Kosten für das TI-Projekt unfreiwillig als Dauer-Blutspender und das deutsche TI-Projekt als eine unerschöpfliche Geldquelle für die IT-Industrie. Da kann man in der Gesamtbetrachtung von Nutzen, Risiken und Kosten die abwartende und abwehrende Haltung vieler Ärzte gegenüber dem TI-Projekt im Gesundheitswesen wohl verstehen.



**Autor**

**Dr. med. Klaus Günterberg**  
 Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe  
 Hönower Str. 214  
 12623 Berlin  
 klaus-guenterberg@gmx.de