



Information zur Sendung

vom 16. Oktober 2008

Was bringt der Ärzte-TÜV?

Medizin im Umbruch (Folge 3)

Mit ihrer Diagnose entscheiden Ärzte maßgeblich, welche Behandlung ein Patient bekommt und welche nicht. Was aber, wenn Ärzte sich irren, Wesentliches übersehen oder falsch therapieren? Keine Seltenheit. Oft liegt es daran, dass Ärzte nicht mehr auf dem neuesten Wissenstand, oder durch die rasante Entwicklung medizintechnischer Geräte überfordert sind. Der Ärzte-TÜV, der in Bayern schon erfolgreich das Wissen der Mediziner regelmäßig prüft, soll bald auch bundesweit für mehr Qualität in der Behandlung sorgen und Patienten vor inkompetenten Ärzten schützen. Aber auch der Patient kann die Verantwortung für seine Gesundheit nicht an der Praxistür abgeben. Ein falscher Lebensstil trägt schließlich ganz entscheidend zur Entstehung von Krankheiten bei. Aber kann man Menschen die rauchen, zu viel essen oder sich nicht ausreichend bewegen für die Folgeerkrankungen auch finanziell verantwortlich machen?



In Bayern werden Ärzte bereits regelmäßig geprüft

Ein heikler, aber keineswegs abwegiger Gedanke. Schließlich leiden alle unter ständig steigenden Krankenkassenbeiträgen. Aber wo ist die Grenze? Was gilt noch als krank? Odyssey verrät, woran man künftig einen guten Arzt erkennt und berichtet, wie die Pharmaindustrie Selbsthilfegruppen beeinflusst?



Inhalt

- S. 2 Ärzte auf dem Prüfstand
- S. 3 Wie viel Eigenverantwortung verträgt der Patient?
- S. 5 Gesundheitssystem in Finnland
- S. 7 Die Gesundheitskarte
- S. 10 Adressen, Links und Literatur

Ärzte auf dem Prüfstand

von Axel Wagner

Jeder vierte Patient bekommt eine Therapie die überflüssig oder sogar schädlich ist. Da kann man nur hoffen, sich im Krankheitsfall für den richtigen Arzt entschieden zu haben: mit modernsten Geräten, medizinisch auf dem neuesten Stand und obendrein auch noch menschlich angenehm. In Bayern sorgt jetzt ein Ärzte-TÜV für mehr Qualität in der Behandlung.

Dr. Axel Munte, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), setzt sich schon lange für Qualitätskontrollen ein. Sein großes Ziel: er will den Ärztepfusch stoppen. Denn er weiß: schlechte Medizin kann tödlich sein: „Ich habe einen meiner besten Freunde verloren, ein Sportsfreund, der war nicht Patient bei mir. Und der klagte eines Tages und sagte: ich war jetzt schon mehrmals beim Ultraschall und beim Röntgen und bei der Blasenpiegelung, denn ich habe immer wieder Blut im Urin. Und die finden nichts. Er kam dann zu mir. Ich hatte ein nagelneues Ultraschallgerät und sehe auf Anhieb, in Sekundenschnelle, ein Nierenkarzinom – einen hochbösartigen Krebs der Niere. Und sehe auch schon Absiedelungen in der Leber. Ein junger Mann, der drei kleine Kinder zuhause hatte. Innerhalb von einem Dreiviertel Jahr war er tot. Meine Recherchen haben ergeben, dass er tatsächlich vorher im ambulanten Bereich bei drei verschiedenen Ärzten war: Urologe, Internist, Hausarzt. Und alle haben mit alten Geräten gearbeitet, da war die Auflösung nicht hoch genug. Der Mann musste deswegen sterben.“

Falsche Diagnosen wegen alter Geräte oder fehlendem Wissen

Keine Frage: unser gesundheitliches Schicksal wird oft von der Qualität des Arztes bestimmt. Für die Diagnose Brustkrebs etwa ist das fatal. Jeder dritte Arzt in Bayern war bis vor sechs Jahren nicht in der Lage, die Röntgenaufnahme der weiblichen Brust richtig zu interpretieren.

Axel Munte hat als Chef der Bayerischen Kassenärzte solchem Pfuscher in seiner Zunft ein Ende gesetzt. Seine Idee: ein Ärzte-TÜV soll die Medizin verbessern. „Ein Arzt muss sich anpassen, wenn er neue Geräte hat. Er muss nachlernen, nachsitzen, quasi. Er muss

sich hinsetzen und tatsächlich die Anatomiebücher rauskramen und gucken, Mensch, was für eine Struktur sehe ich da eigentlich im Ultraschall? Und wenn das ein Arzt macht mit einem neuen Gerät, und sich fortbildet, dann läuft das hervorragend“, lautet die

Marktbereinigung durch den Ärzte-TÜV

Ob hervorragend oder nicht wird in Bayern mit einer Arztprüfung getestet. Dabei muss etwa eine Ärztin anhand von Röntgenaufnahmen Erkrankungen der weiblichen Brust erkennen, und wenn nötig die richtigen Therapien empfehlen. Im Alltag entscheidet schließlich ihr Know-how über Leben und Tod von Patienten. Und im Test zeigt sich, ob ihr Wissen ausreicht, um die Leistung des Brust-Screenings in ihrer Praxis weiter anbieten zu können. „Ergebnis: wir haben heute in Bayern von über 500 damaligen Anbietern vor sechs Jahren nur noch rund 120, die das Vorsorgeprogramm anbieten können, wie auch die kurative Untersuchung“, versichert Dr. Munte. Ein weiteres Beispiel: Darmkrebs-Früherkennung. In Bayern boten rund 800 Ärzte die Darmspiegelung an, jetzt sind es nur noch etwas mehr als die Hälfte. Eine Marktbereinigung durch den Ärzte-TÜV.

Die bayerische Qualitätssicherung betrifft aber nicht nur das Wissen der Mediziner, auch ihre Geräte werden geprüft. Etwa im Bereich Gynäkologie: Nicht jedes Ultraschallgerät entspricht der geforderten Norm. Problematisch, denn das Baby-Kino ist nicht nur spannend, das Gerät bestimmt auch die Qualität der Untersuchung. Was die Ärztin oder der Arzt nicht sieht, kann auch nicht behandelt werden. Deshalb ist eine hohe Auflösung wichtig, um eine notwendige Behandlung während und nach der Schwangerschaft rechtzeitig einleiten zu können.

Dr. Axel Munte sichert die Ärzte-Qualität in Bayern. Aber wie steht es um den Rest der Republik? Unter dem Himmel der Hauptstadt liegt der Sitz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KVB. Ihr Vorsitzender Dr. Andreas Köhler will eine einheitliche Qualitätssicherung für ganz Deutschland. Noch ist sein Projekt in Planung.

Ärzte-TÜV für ganz Deutschland

AQUIK nennt sich die Initiative, die bald bundesweit den Ärzten auf den Zahn fühlen soll. Doch die „ambulant Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ (AQUIK) treffen nicht nur auf Wohlgefallen von Seiten der Ärzte. „Ich will nicht verheimlichen, dass es Kritik gibt an diesem Vorhaben, dass man auch mich kritisiert, da ich das sehr deutlich einfordere. Aber wenn man Qualität darstellen will, wenn man sagen will wir machen eine gute Qualität, dann muss man auch diesen Weg gehen. Da werden immer Ärzte dabei raus fallen, die diese Qualität nicht erbringen. Und diese Minderheit verschafft sich Gehör und kritisiert das auch. Aber das kann nicht der Grund sein, nicht eine gute Patientenversorgung anzustreben“,

so Dr. Köhler entschlossen.

In der Kassenärztlichen Vereinigung von Bayern muss ein Arzt jetzt schon die Qualifikation etwa mit den richtigen Mausklicks unter Beweis stellen. In einem Tutorial werden ihm Fälle vorgestellt, die er beurteilen muss. Die ärztliche Entscheidung wird dann gespeichert und trägt zu einer Gesamtbeurteilung bei. Fällt er hier durch, gibt es weniger Geld, oder der Prüfling verliert seine Zulassung in der Kassenärztlichen Vereinigung. Denn schließlich hängt vom ärztlichen Können das Leben vieler Patienten ab. Eine falsche Antwort in der Prüfung kann in der Praxis tödlich sein.

Deswegen fordert Axel Munte für ganz Deutschland, was er für Bayern schon erreicht hat: „Schnelle, effektive, klare, transparente Qualitätssicherungsmaßnahmen, die menschlich und human sind gegenüber den Ärzten, die aber insbesondere eines bewirken: dass die paar Ärzte, die nicht gut sind, die zehn oder zwanzig Prozent, die eine Leistung nicht erbringen können oder wollen, und keine neuen Geräte haben, dass die aufhören eine Diagnose zu verschleppen und damit möglicherweise Tote zu produzieren. Das muss zu Ende sein.“

Wie viel Eigenverantwortung verträgt der Patient?

von Hilmar Liebsch

Der eine treibt Sport, ernährt sich gesund und achtet auch sonst auf seine Gesundheit. Der andere ist ein Couchpotatoe, raucht oder trinkt zu viel. Trotzdem zahlen beide gleich viel für die Krankenkasse. Ist das gerecht? Das ist nicht so einfach zu beantworten. Es lässt sich aber beobachten, dass mehr Eigenverantwortung der Patienten verdächtig häufig im Zusammenhang mit Lösungsmöglichkeiten der Finanzmisere im Gesundheitswesen gefordert wird. Was steckt dahinter?

Roswitha Kost ist jeden Mittwoch morgen im Fitnessraum ihres Turnvereins. Sie will fit bleiben. Nach dem Tod ihres Mannes ist sie allein und hat viel Zeit, sich um ihren Körper und ihre Gesundheit zu kümmern. Neben Gewichte stemmen und Pilates-Training stehen auch regelmäßige Arztbesuche und Vorsorgeuntersuchungen auf ihrem Programm. So

viel Engagement wird durch ihre Kasse, die Techniker, mit Bonuspunkten belohnt. Und die sind was wert, erklärt Roswitha Kost leicht schmunzelnd: „Als es die Bonuspunkte gab, hab ich die gesammelt, und da gibt es verschiedene Sachen dafür. Die wollte ich nicht, und habe das laufen lassen. Bis im Frühjahr, da hatte ich 18.000 Punkte. Und da hab ich zu mei-

ner Tochter gesagt, es wäre schön, mal einen Personal Trainer zu haben.“

Immerhin zwei- bis dreihundert Euro kostet so ein persönliches Training normalerweise. Roswitha Kost bekam es umsonst – ihre Kasse zahlte den Spaß. Schließlich sind Sport und Bewegung gesund. Und wer gesund ist kostet weniger als ein Kranker. Dabei sind sich die Kassen bewusst, dass dies nur ein kleiner Anreiz sein kann, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen. Das betont auch Anneliese Bodemar von der TK Rheinland-Pfalz: „Es geht darum, die Eigenverantwortung der Versicherten zu fördern und zu unterstützen. Das sollen ja nur reine Unterstützungsmaßnahmen sein und die Bonusprogramme oder die Prämien, die es da gibt, ein kleiner Anreiz.“

Die Auswirkungen der Forderung nach mehr Eigenverantwortung

Der Begriff Eigenverantwortung impliziert: Wer sich um sich selbst kümmert, braucht weniger Hilfe von anderen. Das klingt zunächst gut, nach mehr Selbstbestimmung. Die Gesundheitsexpertin Prof. Bettina Schmidt aus Bochum hat untersucht, welche Auswirkungen die Forderung nach mehr Eigenverantwortung wirklich hat. Für den Einzelnen, aber auch für die Gemeinschaft: „Die Frage ist, ob das einen gesamtgesundheitlichen Nutzen hat. Also ob man jetzt sagen kann, das ist eine Strategie um die Gesundheit in der Gesamtbevölkerung zu verbessern.“

Ihre Argumente sind einfach: Nicht alle Faktoren, die krank machen, kann der Einzelne beeinflussen. Schlechte Luft, Verkehr oder Lärm zum Beispiel. Dazu kommt, dass auch der soziale Status krank machen kann. Wer wenig Geld hat ist weniger gesund. Das haben Studien des Robert Koch Instituts belegt. Die Gesundheitsexpertin kommt zu dem Schluss: „Zum einen glaube ich, dass Gesundheit komplex ist; und es oft mit mehr Bewegung und gesünderer Ernährung nicht immer getan ist. Das zweite ist, dass viele Leute von diesen Programmen nicht erreicht werden. Männer nicht und niedrige soziale Schichten.“

Dass viele ihre Therapie schon einmal schleifen lassen, haben auch die Kassen erkannt. Die DAK zum

Beispiel hilft neuerdings auch telefonisch. Die Teilnahme an dem Programm ist freiwillig. Fast 40.000 DAK-Mitgliedern, die als chronisch krank gelten, machen bei dem Telefonservice mit. So auch Gerhard Schwartz. Der Berliner, der jetzt in Memmingen lebt, ist begeistert von der netten Dame am Telefon: „Das ist die alte Heimat. Da ist irgendwie eine Sympathie über Telefon rübergesprungen. Also das geht immer so 20 Minuten bis eine halbe Stunde.“

Es wird nicht nur über Ernährung und Bewegung gesprochen, auch die richtigen Medikamente für den Diabetiker werden diskutiert. Dabei achtet Frau Müller am anderen Ende auch darauf, dass Herr Schwartz die Therapie einhält. Nebenbei wird dann auch viel privates erzählt. So ist der Anruf ein willkommener Kontakt zur Außenwelt, der auch noch gesund sein soll. Und mit etwas Glück viel Geld spart.

Das zumindest hofft man bei der DAK, so Markus Saur: „Das ökonomische Interesse der DAK in dem Fall ist schon da. Das sind ja die Herausforderungen, die ja in der aktuellen Gesundheitspolitik zu bewerten sind und um die es geht. Aber hier ist die Schnittmenge das bessere Leben für den Kunden, und von daher treffen beide Interessen dann auch aufeinander und passen dann auch.“

Damit ist eine Grenze in der Gesundheitsversorgung überschritten

Das klingt gut. Vielleicht ein bisschen zu gut, denn aus der Gesundheitsförderung kann schnell eine Forderung werden. Dann nämlich, wenn der gesamte Lebenswandel unter die Lupe genommen wird. So könnte man doch fordern, krank machendes wie Zigaretten oder Alkohol zu lassen. Wer glaubt das sei Utopie, der täuscht. Seit 2007 zahlen die Kassen laut Gesetz nicht mehr für die Folgen eines Piercings oder einer Tätowierung. Für Bettina Schmidt ist damit eine Grenze in der Gesundheitsversorgung überschritten: „Das ist neu. Das hat es bislang nicht gegeben, weil in der Krankenkasse eigentlich das Finalprinzip herrscht, also wer krank ist bekommt auf jeden Fall Geld. Das ist ein eindeutiges Zeichen dafür, dass hier Verantwortung individuell zugewiesen wird, und damit auch Haftungsfragen und auch Finanzierungsfragen.“

Kaum vorstellbar, wenn aus der gesetzlichen Fingerübung an einer Randgruppe eine allgemeine Regel für jeden wird. Zum Beispiel könnte man Sportler auch an ihren Sportverletzungen beteiligen. Raucher

an den Folgekosten und Menschen, die gerne einmal einen zuviel trinken, und so weiter. Solche Ideen werden zwar von allen Beteiligten als Utopie verworfen, aber der Anfang ist ja schon mal gemacht.

Gesundheitssystem in Finnland

von Frank Farenski

Gerade einmal etwa fünf Euro pro Jahr können die Kassen bisher pro Patient in Gesundheitsvorsorge investieren. Wenn der umstrittene Gesundheitsfonds in Kraft tritt, wird es vermutlich noch weniger Geld sein. Denn dann bekommen die Kassen aus diesem Fonds einen Zuschlag für bestimmte Krankheiten, was bedeutet, dass es für sie finanziell lukrativ werden wird, ihre Versicherten zu Kranken zu machen. Eine aberwitzige Entwicklung, die sicher nicht zur Kostensenkung beiträgt. Wie man mit weniger Geld mehr Gesundheit bekommt, zeigt das finnische Modell, obwohl es zunächst ziemlich aberwitzig klingt: Dort spart man an der teuren Ressource Arzt und lässt stattdessen die Krankenschwestern die Arbeit machen. Und: längst nicht mehr jeder Patient bekommt jede Behandlung.

Seit knapp drei Jahren praktiziert Finnland dieses neue Modell bei der medizinischen Versorgung seiner rund 5,3 Millionen Einwohner. Das Zauberwort zur Kosteneinsparung im Gesundheitswesen lautet Priorisierung. Ein Beispiel: In der Notfall-Ambulanz des städtischen Krankenhauses in Helsinki werden ankommende Notfälle anhand einer Check-Liste priorisiert. Mit dieser Liste entscheidet die Krankenschwester, ob und wenn ja welche Behandlung die Notfälle erhalten. Während in Deutschland so schnell wie möglich ein Arzt erscheint und mit seiner Arbeit beginnt, siebt in Finnland die Krankenschwester vorher kräftig aus.



Selbst beim Notfall: die Krankenschwestern entscheiden

den schein, auf die lange Bank geschoben wird. Da stehen höchstens noch die Restkapazitäten zur Verfügung. Wenn überhaupt.

Das Zauberwort zur Kosteneinsparung:
Priorisierung

Im deutschen Gesundheitswesen verschlingen die Personalkosten rund 70 Prozent aller Gelder. In Finnland soll die Krankenschwester diese Kosten drücken, indem sie die teuren Ärzte möglichst wenig zum Einsatz bringt. So entscheidet die Schwester in der Ambulanz beispielsweise, dass ein Patient, bei dem es sich um keinen wirklichen Notfall zu han-

So etwas wie einen persönlichen Hausarzt kennen die Menschen in Finnland gar nicht. Sie fahren in ambulante staatliche Gesundheitszentren, vergleichbar mit den früheren ostdeutschen Polikliniken. Einen Termin muss man vorher telefonisch beantragen. Eine Priorisierung erfolgt aber auch dort mittels Checkliste. Uwe Preusker, Berater im finnischen Gesundheitswesen, erklärt: „Hier wird man nicht sofort einen Termin be-

kommen. Das Prinzip dahinter ist, dass man mit den Ressourcen Arbeitskraft, menschliche Arbeitskraft im Gesundheitssystem – also von Krankenschwestern, Krankenpflegern und von Ärzten – so sparsam wie möglich umgehen will. Und deshalb wird man am Telefon zunächst versuchen zu klären, ob es wirklich nötig ist, eine Krankenschwester oder einen Arzt zu sehen, oder ob es vielleicht möglich ist, auch zunächst mal mit bestimmten Informationen zurecht zu kommen. Oder ob es möglich ist, anstatt ein Treffen mit einem Arzt oder Ärztin zu machen, auch einen Telefontermin zu machen, bei dem man ein Gespräch führen kann zu diesem Thema, so dass man auf diese Weise vielleicht schon so viele Informationen bekommt, dass man mit der Krankheit möglichst weitgehend selbst umgehen kann.“

Auch im Gesundheitszentrum gilt: die Krankenschwestern entscheiden, ob der Patient noch einen Arzt benötigt

Hat man einen Termin im Gesundheitszentrum erhalten, bedeutet das aber noch lange nicht, tatsächlich einen Arzt zu Gesicht zu bekommen. Auch dort hat die Krankenschwester die Aufgabe, die teure Arbeitskraft Arzt zu sparen. „Der Standard ist tatsächlich der, dass man zunächst eine Krankenschwester trifft, also einen Termin bei einer Krankenschwester bekommt. Die Krankenschwester wird alle Untersuchungen machen und die Testergebnisse zusammentragen, die notwendig sind, um dann zu entscheiden, ob der Patient einen Arzt oder eine Ärztin sehen muss oder nicht. Und wenn die Krankenschwester sagt: das ist aber in Ihrem Fall nicht nötig, dann kann der Patient mit ihr natürlich diskutieren. Das findet aber selten statt. Normalerweise ist es so, dass die Patienten diese Entscheidung akzeptieren“, so Uwe Preusker.

Jouko Isolauri, Staatssekretär im finnischen Gesundheitsministerium, kennt aber auch Beschwerden. Nicht alle Patienten scheinen also rundum zufrieden zu sein: „Der negative Aspekt aus Sicht des einzelnen Patienten ist natürlich, dass es sich hart anhört, wenn man sagt, dass es ihnen nicht erlaubt ist, eine bestimmte Behandlung zu bekommen. Gerade wenn der Patient sagt, mir geht es schlecht, ich brauche Hilfe. Das ist natürlich die andere Seite des Systems.“

Wird der Patient zum Arzt vorgelassen, greift die nächste Stufe der Priorisierung: Medizinische Leistungen werden nach einem Punktesystem vergeben. Der Patient muss bei seinem Leiden eine bestimmte Punktezahl auf einer Werteskala erreichen, um die notwendige Behandlung auch zu erhalten. Uwe Preusker konkretisiert: „Ich nehme mal das Beispiel einer Hüftprothese, also einer künstlichen Hüfte. (...) Die Punktzahl, die man insgesamt erreichen kann nach den finnischen Kriterien, sind 100 Punkte. Und eine künstliche Hüfte würde eingesetzt ab einer Punktzahl von 50 Punkten. Und so würde man zum Beispiel 10 Punkte bekommen, wenn man nur noch eine Gehstrecke von 100 Metern schafft. Und wenn die Schmerzen, die man hat, eigentlich ständige Schmerzen sind, wenn man überhaupt nicht mehr ohne Schmerzen gehen kann, da würde das weitere 15 Punkte geben. Und so käme man mit den verschiedenen Aspekten, die untersucht würden, insgesamt auf 60 oder 70 Punkte und würde dann auf diese Weise tatsächlich in den Kreis der Patienten gehören, die dann auf diese Weise Zugang zu einer künstlichen Hüfte haben würden.“

Medizinische Leistungen werden nach einem Punktesystem vergeben

Rund zwei Drittel aller medizinischer Leistungen werden in Finnland inzwischen so vergeben. Umgesetzt wurde das System der Priorisierung durch die regionalen staatlichen Träger der Krankenhäuser und Gesundheitszentren. Die strengen Kriterien der Priorisierung bringen den Patienten Sicherheit, welche Behandlung sie erwarten dürfen. Liisa-Maria Voipio-Pulkki vom Verband finnischer Krankenhäuser und Gesundheitszentren beobachtet die Priorisierung an der Nahtstelle zwischen Gesetz und Umsetzung: „Man kann sagen, dass das System hier in Finnland von Anfang an transparent ist. Aber natürlich ist der Patient nicht in der Position, die letzten medizinischen Entscheidungen selbst treffen zu können. Das muss immer noch der Arzt machen, er hat die letzte Entscheidungsgewalt. In diesem Sinne ist das System transparent bis zum Punkt der letzten Entscheidung und die Verantwortung zur Einhaltung der Priorisierungskriterien.“

Berater Uwe Preusker fragt nach den Auswirkungen. Diese zeigen sich vor allem in einem Urproblem des finnischen Gesundheitssystems: Den ewig langen Wartezeiten auf einen Behandlungstermin. Dazu sagt Liisa-Maria Voipio-Pulkki: „Die Anwendung der Priorisierungskriterien hat dazu geführt, dass die Wartelisten für die Behandlung in diesem Land eliminiert worden sind. Und das würde ich eine Erfolgsstory nennen.“

Eindrucksvoll ist auch die Senkung der Kosten: In Finnland werden nur 1.870 Euro pro Kopf und Jahr ausgegeben. In Deutschland dagegen 2.363 Euro. Und die Kosten wachsen im deutschen Gesundheitswesen zweieinhalb mal so schnell. Wäre der finnische Weg also die Rettung aus der Kostenfalle? Uwe Preusker jedenfalls ist „überzeugt davon,

dass das ein Modell für Deutschland ist und zwar deshalb, weil auch Deutschland eine schnell alternde Bevölkerung hat, weil auch Deutschland Knappheit an Ressourcen hat im Gesundheitswesen. Nicht nur an Geld, sondern auch an Menschen. Wir werden also in Zukunft auch in Deutschland mit der Ressource Arzt und mit der Ressource Krankenschwester deutlich vorsichtiger umgehen müssen. Und uns auf das konzentrieren müssen, was tatsächlich notwendig ist. Und das bedeutet: Wir werden einen ähnlichen Weg gehen den Finnland bereits geht.“

Finnland und sein Modell der Priorisierung. Transparent, hart und sparsam. Im kalten Norden hat man sich daran mittlerweile gewöhnt. Wie ein solches System in Deutschland ankommt, bleibt abzuwarten.



Die Gesundheitskarte

von Patrick Hünerfeld

Die neue elektronische Gesundheitskarte kommt – das hofft zumindest das Bundesgesundheitsministerium und die Betreibergesellschaft der Gesundheitskarte, die Gematik. Noch in diesem Jahr soll sie eingeführt werden, nach jahrelangen Verzögerungen.

Die neue Karte verspricht viel: sie soll wichtige medizinische Daten eines Patienten elektronisch verfügbar machen und die Kommunikation im Gesundheitswesen deutlich verbessern. Davon sollen vor allem die Patienten profitieren. Mit der neuen Karte könnten beispielsweise unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden und auch die Behandlung optimiert werden, wenn sich mehrere Ärzte um einen Patienten kümmern. Gleichzeitig soll die Hoheit über die sensiblen Gesundheitsdaten beim Pati-

enten bleiben. Das klingt vielversprechend – das Problem aber ist die praktische Umsetzung dieses gigantischen Projekts.

Auf den ersten Blick neu ist an der Karte vor allem, dass jetzt ein Bild drauf ist. Vielleicht sind Sie ja von Ihrer Kasse auch schon gebeten worden eines einzuschicken. Das wirklich neue aber ist vor allem der Chip, der aus der Karte ein wahres Wunderding machen soll. Nicht nur Persönliche Daten wie Name,

Adresse und Versicherungsnummer werden darauf gespeichert. Auch Notfalldaten, also wichtige Erkrankungen, Allergien und Ähnliches. Und das ist längst nicht alles: elektronische Rezepte, eine Liste mit allen Arzneimitteln, die man nimmt und die automatisch vor unerwünschten Wechselwirkungen warnt, elektronische Verordnungen, elektronische Arztbriefe, ein Patientenfach und am Ende sogar eine umfassende Patientenakte, mit Röntgenbildern und allem was dazu gehört. Alles außer den persönlichen Daten ist freiwillig.

Am Ende sogar eine umfassende Patientenakte mit Röntgenbildern und allem

merhin rund 80 Millionen Menschen. Ein lohnendes Angriffsziel zum Beispiel für Computer-Hacker. Aber ein Hacker-Angriff ist erst mal keine Gefahr, weil die gespeicherten Daten allesamt verschlüsselt sind. Im geknackten Server fänden die Angreifer nur einen wirren Zeichensalat. Lesbar werden die Daten nämlich nur, wenn sich ein Berechtigter, also ein Arzt beispielsweise, mit seinem elektronischen Ausweis im System anmeldet. Zusätzlich braucht er aber immer auch die Gesundheitskarte des Patienten und dessen geheimen sechsstelligen PIN-Code. Nur dann fließen die Daten vom Server in die Praxis und werden auch erst dort wieder lesbar. Ohne die Gesundheitskarte kann weder der Arzt noch ein anderer Berechtigter die Daten entschlüsseln. Oder?



Eine Karte mit Notfalldaten, elektronischen Rezepten, elektronischen Arztbriefen, kurz mit umfassender Patientenakte

Ich als Patient habe über alles Verfügungsgewalt – so sieht es das Gesetz vor. Das heißt aber nicht, dass alles auf der Karte gespeichert wird. Im Gegenteil. Nur persönliche Daten und Notfalldatensatz landen auf dem kleinen Chip. Das elektronische Rezept kann sowohl auf der Karte gespeichert werden, als auch auf einem Computer-Server. Dafür verschlüsselt die Karte das Rezept, dann geht es ab zum Server, wo es gespeichert wird. Die anderen freiwilligen Anwendungen sollen alle nur auf Servern gespeichert werden. Die Karte ist dabei immer der entscheidende Schlüssel: sie macht die Daten unlesbar. Niemand kann etwas damit anfangen.

Auf den Servern entsteht so eine gewaltige Datensammlung von mir und allen anderen Bürgern, im-

Die Profihacker vom Chaos Computer Club haben große Zweifel an der Sicherheit der Karte. Zu groß scheint ihnen die Gefahr, dass es am Ende doch irgendwo einen Nachschlüssel geben könnte, der meine Gesundheitskarte ersetzen kann. „Für das Nachschlüsselproblem gibt es keine Lösung,“ sagt Frank Rosengart, vom Chaos Computer Club, Berlin. „Es ist ganz klar: Entweder gibt es Nachschlüssel oder nicht. Das ist wie beim Schwanger sein, das kann man nicht ein bisschen sein. Entweder gibt es Nachschlüssel oder es gibt keine. Wenn es keine Nachschlüssel gibt, dann heißt das, wenn ich die Karte verliere, dass auch meine medizinischen Daten, die im System gespeichert sind unwiederbringlich verloren wären. Wenn es einen Nachschlüssel gibt, dann heißt das auch immer, dass irgendjemand, unter welchen Umständen

auch immer auf diese Daten zugreifen kann.“

Fast alle geplanten Anwendungen
gibt es noch gar nicht

Wer legal oder illegal an die Nachschlüssel kommt, hat freie Bahn und kann die Server bequem knacken. Ein Datengau. Und das ist nicht das einzige praktische Problem. Das erfahre ich auf der E-Health, einer Messe, auf der die Gesundheitskarte vorgestellt wird. Ich bin erstaunt: Fast alle geplanten Anwendungen gibt es noch gar nicht, obwohl der Start unmittelbar bevor steht. Und auch wie das ganze System technisch gewartet und betreut werden soll – macht selbst den Betreiber noch ratlos. „Da sind wir gerade erst im Planungsvorgang,“ räumt Peter Bonerz von der Betreibergesellschaft Gematik ein. „Aber ich denke schon, dass wir hier schon einige Kapazitäten auf die Beine stellen müssen und auch Technologie, zum Beispiel einen Betriebsleitstand und dergleichen, um dann die Telematik-Infrastruktur unter Beobachtung zu halten und dann auch eingreifen zu können, wenn dann eben der Problem-Fall eintritt.“

Das klingt ja vertrauenerweckend. Dabei sollen die Karten-Terminals schon in Kürze in allen Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern und Krankenkassen installiert werden, beim großen Roll-Out des Systems.

Hunderttausende Benutzer sollen später auf dieses sogenannte Telematik-Netz zugreifen. Programmiertes Chaos? Gerade in der Ärzteschaft gibt es noch massive Zweifel am System.

„... die größte Täuschung der Bevölkerung,
der Ärzte, die es überhaupt gibt ...“

„Also der Roll-Out der jetzt kommt ist ein gewaltiges Potemkinsches Dorf – der ausschließlich durchgezogen wird zur Gesichtswahrung der Bundesgesundheitsministerin, damit noch in dieser Legislaturperiode was kommt,“ sagt Dr. Frank Ulrich Montgomery von der Bundesärztekammer. „Im Kern ist das, was da jetzt ‚out-rolls‘ nichts weiter als die alte Versichertenkarte mit einem Bild. Sie haben noch additive Funktionen darauf, die sie aber nur freiwillig benutzen und die am Anfang nicht benutzt werden. Was dort jetzt geschieht ist die größte Täuschung der Bevölkerung, der Ärzte, die es überhaupt gibt. Das hat mit einer echten elektronischer Gesundheitskarte fast nichts zu tun.“

Wenn alle so misstrauisch bleiben und die vielen Probleme nicht bald gelöst werden, dann wäre das Projekt gescheitert, bevor es richtig angefangen hat. Ohne Vertrauen gibt es keine tollen Zusatzfunktionen – sondern nur eine weitere, neue Plastikkarte.

Bislang nicht mehr als eine weitere Plastikkarte –mit Bild



Adressen

Dr. med. Axel Munte
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Vorsitzender des Vorstandes
Elsenheimerstraße 39
D-80687 München

Dr. Andreas Köhler
Arzt, Diplom-Betriebswirt
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
D-10623 Berlin
Telefon: 030 – 4005-0
Telefax: 030 – 4005-1090

Dr. Frank Ulrich Montgomery
Vizepräsident der Bundesärztekammer
Präsident der Ärztekammer Hamburg
Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen
Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1
D-10623 Berlin
[\[www.montgomery.de\]](http://www.montgomery.de)

Prof. Dr. P. H. Bettina Schmidt
Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
Evangelische Fachhochschule
Rheinland-Westfalen-Lippe
Immanuel-Kant-Str. 18-20
D-44803 Bochum
Telefon: 0234 – 36901-201
E-Mail: b.schmidt@efh-bochum.de
[\[www.efh-bochum.de\]](http://www.efh-bochum.de)

Links

[\[www.dfg-gera.de\]](http://www.dfg-gera.de)
Das finnische Gesundheitssystem kostet weniger Geld als das deutsche. Ein Bericht bei der Deutsch-Finnischen Gesellschaft e.V., Bezirksgruppe Gera.

[\[oe1.orf.at\]](http://oe1.orf.at)
Das finnische Gesundheitswesen. Serie über die Europäischen Gesundheitssysteme – Teil 4. Beim Radio OE1.

[\[www.ewi-psy.fu-berlin.de\]](http://www.ewi-psy.fu-berlin.de)
Gesundheitssysteme in Europa: Das finnische Gesundheitssystem. Bericht auf den Webseiten des Fachbereiches Erziehungswissenschaft und Psychologie, Arbeitsbereich Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung der Freien Universität Berlin.

[\[www.mabuse-verlag.de\]](http://www.mabuse-verlag.de)
Effektiv und effizient: Das finnische Gesundheitssystem, von Cornelia Heintze, erschienen in der Zeitschrift „Dr. med. Mabuse“, Ausgabe 1-2/2007. Artikel als PDF zum Herunterladen.

[\[www.heise.de\]](http://www.heise.de)
Elektronische Gesundheitskarte: Gematik veröffentlicht Datenschutzkonzept. Artikel bei heise-online vom 21.07.2008.

[\[www.heise.de\]](http://www.heise.de)
Elektronische Gesundheitskarte: Gematik sieht technische Mängel. Heise-online vom 21.04.2005.

Literatur

Jörg Blech:
Heillose Medizin: Fragwürdige Therapien und wie Sie sich davor schützen können
Gebundene Ausgabe, 240 Seiten
S. Fischer, August 2005
ISBN-13: 978-3100044136

Julia Zotter:
Der gläserne Patient – Effizientes Behandlungsmodell oder: Welche Möglichkeiten stellt die elektronische Gesundheitskarte für den Patienten dar?
Broschiert, 48 Seiten
Grin Verlag, September 2007
ISBN-13: 978-3638754958

Kontakt

Südwestrundfunk (SWR)
FS-Wissenschaft und Bildung
Redaktion Odysso
76522 Baden-Baden
E-Mail: odysso@swr.de
[\[www.swr.de/odysso/\]](http://www.swr.de/odysso/)

Unsere nächste Sendung kommt am 23. Oktober 2008:

RAUS AUS DER ENERGIEKRISE

Wie die Zukunft der Stromversorgung aussieht, lässt sich schon jetzt in Spanien besichtigen. Hier entsteht eines der größten Solarthermie-Kraftwerke der Welt, u.a. mit deutscher Technik. 2009 geht der erste Teil des Kraftwerks „Andasol“ ans Netz. 150 Megawatt Strom sollen die drei Blöcke von Andasol liefern, Energie für 600.000 Menschen. Der Strom fließt auch dann, wenn die Sonne nicht scheint – Flüssigsalz-Speicher machen es möglich. Sie speichern die Hitze und geben sie auch nachts ab, so läuft die Stromerzeugung rund um die Uhr. Solarthermie-Kraftwerke könnten in Afrika sauberen Strom für ganz Europa erzeugen. Eine Fläche von der Größe Österreichs würde theoretisch sogar ausreichen, um die ganze Welt mit Wüstenstrom zu versorgen. Bislang hat billiges Öl den Durchbruch der Solar-Thermie verhindert, doch die Technologie zur Umsetzung ist längst da und auch der Strom-Transport über große Entfernungen stellt technisch kein Problem mehr dar. Die Bundesregierung unterstützt das Konzept, nun geht es darum die politischen Weichen richtig zu stellen. Odysso zeigt, wie aus Wüsten Sonne Strom für Deutschland werden könnte.