

## Meinung

## Sächsische Ärzte und Zahnärzte lehnen vorgezogene Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Sachsen ab

**Dresden, 30.01.2008:** Die sächsischen Ärzte und Zahnärzte wenden sich gemeinsam ausdrücklich gegen die vorgezogene flächendeckende Einführung (Rollout) der elektronischen Gesundheitskarte 2008 in Sachsen als erstem Bundesland. Ein Rollout der elektronischen Gesundheitskarte ohne weitere Anwendungen bringe keinerlei zusätzlichen Nutzen zur bisherigen Versichertenkarte und verunsichere nur die Patienten. Dabei würde auch das Vertrauen in eine Telematik-Infrastruktur zerstört.

Die sächsischen Ärzte haben sich in der Testregion Löbau-Zittau engagiert und konstruktiv im Sinne ihrer Kollegen an der Testung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Heilberufeausweises beteiligt. „Dieses Engagement wird nun benutzt, um politische Ziele ohne das Vorliegen fundierter Testergebnisse umzusetzen“, so **Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze**, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Die elektronischen Karten sind bis heute nicht durch alle Testregionen vollumfänglich erprobt und vorliegende Ergebnisse wurden bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht evaluiert. Prof. Schulze: „Es ist deshalb strikt abzulehnen, dass Sachsen für dieses schlecht vorbereitete Experiment die Kulisse abgeben soll, auf Kosten von Ärzten und Patienten. Wir brauchen kein zweites ‚Toll Collect‘.“ Das derzeit geplante Projekt hätte verheerende Folgen für die tägliche Praxis. Eine Einführung kann deshalb frühestens und nur bei guter Vorbereitung erst Ende 2009 erfolgen.

Die Stellv. Vorstandsvorsitzende der KV Sachsen, **Dr. Ulrike Schwäblein-Sprafke**, weist auf weitere Probleme hin: „Das Vorziehen des Rollout könnte ältere manuell abrechnende Ärzte aus dem System drängen und dadurch zu einer zusätzlichen Verschlechterung der medizinischen Versorgung in jetzt schon von Unterversorgung bedrohten Regionen Sachsens führen. In der Testregion gibt es zudem nach einem Jahr immer noch technische Probleme. Und eine Kranken-

kasse hat sogar bislang noch keine brauchbaren Karten geliefert.“

Selbst der Deutsche Ärztetag 2007 in Münster hat sich entschieden gegen das Projekt „Elektronische Gesundheitskarte“ ausgesprochen. Ein vorgezogener Rollout sei nicht im Sinne der Heilberufe und des Patientenwohls, sondern er sei ein politisch motiviertes Vorhaben ohne Einbeziehung der in erster Linie Betroffenen. Unbeantwortet sei auch die Frage, wer die Folgekosten für die Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte trägt.

**Dr. med. Mathias Wunsch**, Präsident der Landes Zahnärztekammer Sachsen: „Vollkommen ungeklärt sind auch die datenschutzrechtlichen Bedenken. Wir Zahnärzte möchten nicht den gläsernen Patienten oder Zahnarzt“. Die Bundesversammlung der Zahnärzte hatte bereits mehrfach, so auch auf der letzten Versammlung 2007 in Düsseldorf, einstimmig gegen die Einführung der eGK votiert.

Alle in Sachsen Versicherten würden zukünftig zwei Karten benötigen, da die elektronische Gesundheitskarte ausschließlich von Ärzten in Sachsen eingelesen werden kann. Sobald sich ein Versicherter außerhalb Sachsens behandeln lässt, benötigt er die alte Krankenversichertenkarte.

Das bedeutet:

- Aufwand für die Versicherten selbst (Vorhalten von zwei Karten),
- Doppelaufwand für die Krankenkassen bei notwendigen Aktualisierungen und bei Verlust,
- für die sächsischen Heilberufe hohen Erklärungsbedarf gegenüber ihren Patienten,
- Verwechslung der Karten durch Patienten und massive Störungen im Praxisablauf sowie
- Mehraufwand für Ärzte in Grenz- und Tourismusregionen, wenn sächsische Versicherte keine alte Krankenversichertenkarte mehr vorlegen.

### Hintergrund

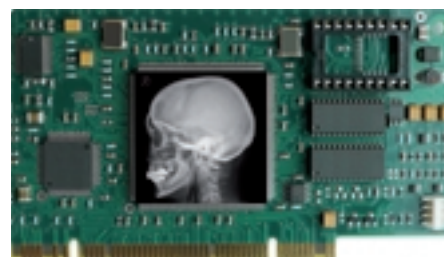
Im Konzept der gematik zum „Rollout der elektronischen Gesundheitskarte“ ist vorgesehen, dass im Freistaat Sachsen als so genannter „begrenzter Region“ oder „Durchstichregion“ als erstem Land in Deutschland alle Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte ausgestattet werden sollen. Eine offizielle Anfrage dazu liegt dem hiesigen Projektbüro „SaxTeleMed“ seit Mitte Januar vor.

Mit dem Rollout verbunden ist die vorherige Ausstattung aller Ärzte in Sachsen ab April mit neuen Lesegeräten und der erforderlichen Anpassung der Primärsysteme. Projektbeginn soll der 1. Oktober 2008 sein. Als Begründung für die Auswahl Sachsens sind im Konzept folgende Faktoren benannt:

- kein Stadtstaat,
- wenig regionsübergreifende Versorgung,
- Erfahrungen in der Testregion Löbau-Zittau.

Dagegen sprechen Faktoren, wie die demographische Struktur der niedergelassenen Ärzte in Sachsen mit dem höchsten Anteil an über 60-Jährigen und die älteste Bevölkerungsstruktur deutschlandweit. Das Konzept enthält zudem keine der wichtigen Aussagen zur Finanzierung der neuen Lesegeräte, der Anpassung der Praxisverwaltungssoftware und vor allem des zusätzlichen Beratungsaufwandes in den Praxen.

*(Gemeinsame Pressemitteilung der Sächsischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Landes Zahnärztekammer)*



Prof. i. R. Dr. med. habil. Detlef Müller, Heideflügel 3, 01324 Dresden

KVS-Landesgeschäftsstelle  
Redaktion „KVS-Mitteilungen“  
Schützenhöhe 12  
01099 Dresden

Dresden, den 10.1.08

#### ANMERKUNGEN zu „Testlauf für elektronische Fallakte in Arztpraxen“ (KVS-Mitteilungen 12/2007, S. 13)

Die gemeinsame Pressemitteilung der Sana-Kliniken und der KBV vom 15.11.07 informiert über den Praxistest der an die Praxis-EDV und Klinik-EDV gebundenen elektronischen „Fallakte“ und rühmt letztere als „...entscheidenden (!) Schritt hin zu einer besseren Behandlung der Patienten und zu einem effizienteren Ablauf im Alltag“. Sie soll die vom Patienten selbst geführte elektronische „Patientenakte“ ergänzen.

Es ist wohl unbezweifelbar und damit unstrittig, dass die immer gegebene Einsehbarkeit der jeweils erforderlichen Behandlungsunterlagen unter datenschutzrechtlich gesicherten Bedingungen sowohl in fachlicher wie in ökonomischer Hinsicht ein außerordentlicher Vorteil ist. Das Entfalten paralleler bzw. wiederholter Erhebungen von Informationen über die Erkrankung kann jedenfalls für die Vermeidung von technisch-apparativen und labormäßigen Mehrfachuntersuchungen als Fortschritt gelten. Gleiches gilt aber keineswegs ohne Weiteres auch für das Mehrfacherzählen der Krankengeschichte, speziell des Beschwerdebildes!!! Voraussetzung dafür wäre, dass der erstuntersuchende Arzt über eine entsprechende Qualifikation verfügt, um Vorgeschichte und Beschwerdebild mit äußerster Sorgfalt und sachangemessenen Kenntnissen aufzunehmen. In der nichtoperativen konservativen Medizin gründet sich die Diagnose nach verschiedenen Autoren in 70 % (für die Neurologie nach M. Mumenthaler bis 90 %) auf die subtile, d. h. sorgsam-eingehend – geradezu „kriminalistisch“ (O. Hallen) – erhobene Anamnese (und die einfache Krankenuntersuchung), was leider weithin nicht mehr bewusst ist – der in Epikrisen häufig zu findende Satz „Die Anamnese dürfen wir als bekannt voraussetzen“ ist ein Skandal!!!

**Kurzum:** Bei aller durchaus angebrachten Befürwortung der elektronischen Akten muss auf die große Gefahr aufmerksam gemacht werden, die im Genügenlassen der und Ausruhen auf der Einmaligkeit der Anamneseerhebung besteht. Jedenfalls muss sie zum Bewusstmachen der besonderen Verantwortung für die anamnestischen Daten auffordern. Nur so kann die angestrebte Verbesserung der Krankenbetreuung erreicht werden und natürlich durch die fehlerfreie Bewertung der Zusatzbefunde! Die elektronischen Akten können nur so gut sein wie die darin enthaltenen Daten. Im Übrigen gilt weiter: „Vor die (gute) Therapie haben die Götter die (richtige!) Diagnose gesetzt“!!!

*D. Müller*

## Der Lotse und seine Qualität – Anmerkung zu einem Zeitungs-Zitat

Unter der Überschrift „Hausarzt-Modell weitgehend wirkungslos“ zitiert die Leipziger Volkszeitung vom 11. Januar den Vorsitzenden der KV Brandenburg, **Dr. Hans-Joachim Helming**: „Eine Leitfunktion ist zwar sinnvoll und hilfreich, setzt aber voraus, dass die Lotsen auch die entsprechende Qualität haben – und diese ist noch nicht durchgängig gegeben.“ Das führte, so wie es da steht, bei einigen Kollegen zu Irritationen.

Kollege Helming hat diese Äußerung im Zusammenhang mit dem § 73b des GKV-Wirtschaftlichkeitsstärkungsgesetzes gemacht. Danach „haben die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausarztzentrierte Versorgung anzubieten“, die „über die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 73 hinausgeht“ und u. a. ein „einrichtungswirtschaftliches Qualitätsmanagement“ fordert (**siehe auch**

**Kasten Gesetzestext**). Das heißt, die Kassen entscheiden, ob die Qualität des Lotsen nach ihrer Meinung gegeben ist. Auf diese Tücke des Gesetzes hat Kollege Helming – leider in der Verknappung missverständlich – hingewiesen.

*der Vorstand der KV Sachsen*

## Der Gesetzestext § 73 b – Auszug (Hervorhebungen die Redaktion)

- (1) Die Krankenkassen haben ihren Versicherten eine **besondere hausärztliche (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten**.
- (2) Dabei ist sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung insbesondere folgenden **Anforderungen** genügt, die **über** die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 **hinausgehen**:
  1. Teilnahme der Hausärzte an **strukturierten Qualitätszirkeln** zur **Arzneimitteltherapie** unter **Leitung entsprechend geschulter Moderatoren**,
  2. **Behandlung** nach der für die hausärztliche Versorgung entwickelten **evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien**,
  3. Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie **patientenzentrierte Gesprächsführung**, psychosomatische Grundversorgung, **Palliativmedizin**, **allgemeine Schmerztherapie**, **Geriatric**,
  4. **Einführung** eines einrichtungswirtschaftlichen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, **indikatorengestützten** und **wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements**.