



Kind krank, kein Termin: Pädiater klagen schon lange über eine zu hohe Arbeitsbelastung.

Bild: ©Photographee.eu - stock.adobe.com

Medizinische Versorgung

Kinderärzte fordern bessere Bedingungen

Zu viele kranke Kinder, zu wenig Ärzte, zu wenig Betten: Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin initiiert eine Petition an den Deutschen Bundestag, die die Politik zum Handeln auffordert.

Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) schlägt jetzt Alarm. Sie sieht Kinder und Jugendliche in Deutschland in der medizinischen Versorgung benachteiligt und fordert, dass die medizinische und pflegerische Betreuung den Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention gerecht wird.

In einer Petition, die bis Ende Januar 53.640 Unterschriften erreichte und dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages vorgelegt werden soll, kritisiert die DAKJ, dass Eltern aufgrund einer verfehlten Bedarfsplanung keine Kinder- und

Jugendärzte mehr finden und nicht selten wochenlang auf einen Termin warten müssten. Die Versorgungsqualität in den Kinder- und Jugendarztpraxen, Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sowie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinderchirurgie sei akut gefährdet.

Kindermedizin nicht angemessen bezahlt

Die DAKJ ist der Dachverband der kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften und Fachverbände, dem unter anderem auch der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte sowie die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin angehören. „Strukturelle Defizite, ein zunehmender Wirtschaftlichkeitsdruck und vor allem ein sich absehbar verschärfender Mangel an Fachkräften können bereits jetzt nicht mehr kompensiert werden“, heißt es in der Petition. Es gebe zu wenige Nachsorgestrukturen (zum Beispiel niedergelassene spezialärztliche Praxen oder Spezial-Ambulanzen), die gerade im frühen Kindesalter und bei chronischen und seltenen Erkrankungen dringend benötigt würden.

Die DAKJ fordert deshalb in ihrer Petition:

- Schaffung bzw. Sicherstellung sowie Finanzierung einer bedarfsgerechten pädiatrischen Versorgung

- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Kinderkrankenpflege
- Erhöhung der Ärztezahl im öffentlichen Gesundheitsdienst
- Erhöhung der Anzahl der Studienplätze in der Humanmedizin
- Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie analog zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
- Sicherstellung des Betriebs von Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin
- Vorbeugende Arzneimittelsicherheit für Kinder

Die Behandlung von Kindern ist zeit- und personalintensiv, der Mehraufwand wird von den Krankenkassen nicht aufwandsgerecht vergütet. Viele kindermedizinische Abteilungen in Deutschland arbeiten defizitär oder schließen gar. Kinder-Intensivstationen müssen sich wegen Personalmangels zeitweise von der Notfallversorgung abmelden. Viele Ärztinnen und Ärzte bemängeln, dass die Grundversorgung von Kindern teilweise nicht mehr gewährleistet ist.

Die DAKJ möchte nun erreichen, dass die Politik endlich tätig wird und Reformen beschließt. Ein Termin für eine mögliche Anhörung vor dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages steht derzeit noch nicht fest.

Ina Reinsch

A&W-KOMMENTAR

„Passt schon“ geht nicht mehr

Welche Versorgung wollen wir uns leisten? Für Kinder und Jugendliche eine gute. Kinder sind neben den Alten die schwächsten Glieder im Gesundheitssystem. Sie haben keine starke Lobby, ohne Fürsprecher sind sie hilflos. Ihre Versorgung und Pflege lässt sich nicht mit der Stoppuhr abrechnen. Wir brauchen mehr Pflegepersonal, mehr Ärzte und kürzere Wartezeiten auf Termine. In einem System, in dem der Fokus auf den Kosten liegt, drohen die Schwächsten sonst unter die Räder zu geraten.



ten Daten können Sie nur zu einem bestimmten Stichtag etwas feststellen, also nur den Zustand an einem bestimmten Datum sehen. So lässt sich aber beispielsweise der Erfolg und die notwendige Dauer medikamentöser Behandlungen nicht ermitteln.

Wie läuft die Pseudonymisierung ab?

Bei der Pseudonymisierung werden Name und Krankenversicherungsnummer, also die identifizierenden Daten, durch neue, lange Nummern ersetzt, die nach einem Schlüssel erstellt werden, mit einer sogenannten „Hashfunktion“. Diesen Schlüssel hat die sogenannte Vertrauensstelle. Wer das genau sein wird, ist noch nicht entschieden, das Robert Koch-Institut ist im Gespräch. Es wird auf jeden Fall eine andere Stelle sein, als jene, die die Forschungsdatenbank hält.

Die Vertrauensdatenstelle ersetzt das Liefer-Pseudonym, mit dem die Krankenkassen die Daten an den GKV-Spitzenverband übermittelt haben, durch ein neues, endgültiges Pseudonym. So können auch die Kassen selbst ihre eigenen Daten nicht ohne Weiteres wiederfinden. Das Re-Identifikationsrisiko ist also gering, liegt aber

nicht bei null. Insbesondere bei älteren Menschen mit speziellen Mehrfacherkrankungen sowie Patienten mit seltenen Krankheiten steigt es etwas an.

Zugang zu den Daten haben jedoch nur bestimmte Stellen bzw. Forscher – und das nie auf die Gesamtdatenbank, sondern immer nur auf Stichproben. Zur Re-Identifizierung müsste man also schon wissen, dass eine bestimmte Person überhaupt in dieser Stichprobe ist. De facto wird das kaum der Fall sein. Darüber hinaus werden die Daten in Gruppen zusammengefasst, etwa „die 30- bis 40-Jährigen“, und nicht „Personen, die am 15. Juli 1982 geboren wurden“.

Kritiker bemängeln, dass Patienten der Nutzung ihrer Daten nicht widersprechen können.

Rein theoretisch gibt es eine Widerspruchsmöglichkeit nach Art. 21, Abs. 6 der Datenschutzgrundverordnung. Die hätte der Gesetzgeber ausschließen können, was er aber nicht getan hat. Allerdings müsste der Patient nachweisen, dass er ein derartig seltener Ausnahmefall ist, dass seine Daten nicht in die Forschungsdatenbank gehen können. Als Musterbeispiel könnte man hier vielleicht die zwei Ebola-Fälle nehmen, die es vor Jahren mal in Deutschland gab. Bei Grippe oder Beinbruch wird ein solcher Widerspruch keinen Erfolg haben.

A&W-KOMPAKT

Beruflicher Werdegang

Ministerialrat Bertram Raum ist seit 2009 Referatsleiter beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) für die Bereiche Sozial- und Gesundheitswesen sowie für den Beschäftigtendatenschutz. Davor war er seit 1989 als Referent in verschiedenen Referaten des BfDI und des Bundesministeriums des Innern tätig. Begonnen hat er seine berufliche Laufbahn als Kommunalbeamter in Nordrhein-Westfalen, bevor er als Verwaltungsrichter in den Dienst des Landes Nordrhein-Westfalen wechselte. Seit 1990 ist er zudem als Dozent für Datenschutz- und Informationsfreiheitsrecht tätig.

Was, wenn die forschenden Stellen versuchen, zu re-identifizieren?

Das ist unter Strafe gestellt. Sollte ein Forscher gegen diese Grundregeln verstoßen, würde er oder sie zudem vom Zugang zu diesen Daten ausgeschlossen, gewissermaßen die Höchststrafe für einen Forscher. Krankenkassen können Forschungsanträge stellen, können jedoch nur sehr schwer feststellen, ob es sich bei Datensätzen aus der Stichprobe um die eigenen Versicherten handelt.

Aber jede Datenbank läuft doch Gefahr, früher oder später gehackt zu werden?

Wenn sie am Internet hängt, besteht diese Gefahr. Diese Forschungsdatenbank ist aber vom Internet abgekoppelt, liegt also auf eigenen Rechnern, die nicht mit dem Internet verbunden sind. Ein Zugriff von Hackern aus dem Netz ist also physikalisch nicht möglich. Forscher, die mit den Daten arbeiten wollen, müssen sich körperlich dorthin begeben und einen sogenannten Gastwissenschaftler-Arbeitsplatz einnehmen. Die Daten werden ihnen nicht zugesandt.

Was spricht aus Ihrer Sicht für die Forschungsdatenbank?

Erkenntnisgewinn führt zu einer besseren Behandlung. So wird man beispielsweise auch eher feststellen können, ob bestimmte Medikamente die Hoffnungen erfüllen, die man in sie gesetzt hat oder nicht.

Ist das Ganze nicht ein Eingriff in die Bürgerrechte?

Das stimmt. Wenn es verhältnismäßig ist, darf ein solcher Eingriff aber erfolgen. Darüber entscheiden die Bundesregierung und der Bundestag und im Zweifel das Verfassungsgericht. Letzteres hat beispielsweise das Gesetz zur Vorratsdatenspeicherung wieder aufgehoben, weil dort die Verhältnismäßigkeit nicht gegeben war.

Handelt es sich dennoch um einen Schritt zum „gläsernen Bürger“?

Es sind nur die Abrechnungsdaten der Kassen, keine Patientenakten. Die Daten im Patienteninformationssystem des Arztes sind viel umfangreicher und detaillierter. Diese gelangen aber nicht in die Forschungsdatenbank. ■

Die Fragen stellte Deborah Weinbuch