

Franz Bartmann
CONTRA
Andreas Meißner

DIGITALI SIERTE GESUNDHEIT

STREIT
FRAGE

WESTEND

W E S T E N D

**FRANZ BARTMANN
ANDREAS MEIßNER**

DIGITALISIERTE GESUNDHEIT?

Herausgegeben von
Lea Mara Eßer

W E S T E N D

Franz Bartmann: Digitalisierung als ethische Verpflichtung

Einleitung

*Wenn der Wind der Veränderung weht,
bauen die einen Mauern, die anderen Windmühlen.*

Altchinesische Weisheit

»Alles gut«. Bloß zwei Worte, aber mit ihnen gelingt das Kunststück, einen Inhalt zu transportieren, der so ziemlich im Gegensatz zur eigentlichen verbalen Äußerung steht. Als Antwort auf die Frage nach der eigenen Befindlichkeit steht hinter dieser Aussage das Signal, dass durchaus *nicht* alles gut ist, man darüber aber nicht reden möchte. Wenn Politiker¹ heute das deutsche Gesundheitssystem gern und häufig als »eines der besten der Welt« bezeichnen, ist ihnen sicher nicht bewusst, dass es sich mit dieser Aussage ähnlich verhält. Die zarten Abstriche am Superlativ scheinen hinnehmbar und kommen wie ein vornehmes Understatement daher. In Wahrheit ist die Aussage aber nicht mehr als eine Floskel, die sich spätestens dann als solche entlarvt, wenn man sieht, dass die politisch Verantwortlichen in anderen Ländern sie in fast identischer Weise nutzen. So gilt das deutsche Gesundheitswesen aus Sicht der skandinavischen Länder im Vergleich zu den ihrigen als hoffnungslos antiquiert und ineffizient. Aus deutscher Perspektive wiederum bestehen dort erhebliche Defizite beim Zugang für Patienten zur direkten Arztkonsultation, durch ein beschränktes Leistungsspektrum und lange Wartezeiten auf elektive, also planbare Untersuchungs- und

Behandlungsverfahren. Und geradezu fassungslos muss man angesichts der negativen Darstellung in der hiesigen Fachpresse registrieren, dass der britische National Health Service das gleiche Attribut für sich in Anspruch nehmen kann, ohne dass dies in der dortigen Gesellschaft kollektiven Widerspruch provoziert.²

Das lässt vermuten, dass die jeweils grundlegenden Zielkriterien von Mehrheiten in der betreffenden Bevölkerung mitgetragen werden. Dabei ist wichtig, sich vor Augen zu führen, dass diese Mehrheiten in allen hochentwickelten Gemeinwesen getragen werden von Individuen, die zwar bei akuten Gesundheits- oder Befindlichkeitsstörungen gelegentlich ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, im Übrigen aber völlig gesund sind. Chronisch Kranke oder von Krankheit existenziell bedrohte Patientinnen und Patienten werden bei solchen Entscheidungen wenig Einfluss nehmen können, obwohl sie in besonderem Maße von dem jeweiligen Gesundheitssystem abhängig sind.

Die Frage der Gesundheit ist eine der zentralsten einer Gesellschaft – denn sie betrifft unser aller Leben und Überleben. Am Gesundheitssystem zeigt sich, wie fortschrittlich und wie gerecht eine Gemeinschaft ist. Heute stehen uns zahlreiche technische Möglichkeiten zur Verfügung, um die Gesundheitsvorsorge zu verbessern, um Leben zu verlängern und vorzeitige Todesfälle wie schwere Komplikationen zu verhindern. Doch selbst in einem so modernen und wohlhabenden Land wie Deutschland werden diese Möglichkeiten nicht genutzt, sondern werden durch bürokratische Vorgaben oder durch Widerstand der etablierten Akteure eher sogar behindert. Dieses Verhalten gegenüber Innovationen und Abweichungen von gewohnten Abläufen ist keineswegs neu. Angst vor Veränderung ist sozusagen eine genetische Determinante menschlicher Existenz. Nur dass dieser Urzeitinstinkt heute nicht mehr überlebensnotwendig ist, sondern – fast im Gegenteil – auch

dringend notwendige Veränderungen aufhält oder sogar verhindert.³ Zu Beginn eines Veränderungsprozesses überwiegen regelhaft die Ängste vor den Risiken die Erwartungen in offensichtliche Vorteile und Chancen. Die zeitgenössischen Warnungen vor der Nutzung der Dampfeisenbahn legen dafür ein beredtes Zeugnis ab. Auch als das Automobil längst seinen Siegeszug in der individuellen Mobilität angetreten hatte, soll der damalige Kaiser Wilhelm II. geäußert haben, er halte das für eine modische Zeiterscheinung. Die Zukunft gehöre eindeutig dem Pferd. Fuhrunternehmer, die diesen Glauben teilten und anstatt in Lastwagen und Garagen in moderne Pferdeställe investierten, dürften rasch erkannt haben, dass *dieses* Pferd das falsche war, auf das sie gesetzt hatten.

Diesen offensichtlichen Fehler sollten wir bei der kontroversen Diskussion über die Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht wiederholen, zumal es dabei keineswegs um eine komplette Verdrängung des Alten und Gewohnten durch etwas völlig Neues geht. Im übertragenen Sinne: Die Reise geht weiter, aber deutlich rascher, sicherer und komfortabler. Deshalb sollten wir uns in Bezug auf unsere Gesundheit nicht von der Angst vor Neuem leiten lassen, sondern mutigen Schrittes alle Möglichkeiten vorantreiben, die unser Leben verbessern, verlängern, erhalten können.

Wie das konkret aussehen könnte oder bereits aussieht, soll in den folgenden Kapiteln erörtert werden.

Es geht also doch – Fernbehandlung und Videosprechstunde

In Deutschland ist der Grund für eine Arztkonsultation häufig die vom Gesetzgeber im Entgeltfortzahlungsgesetz offengehaltene Option, dass ein ärztliches Attest über Arbeitsunfähigkeit bereits ab dem ersten Ausfalltag beizubringen ist.

Andreas Meißner: Digitalisierung als Weg zum gläsernen Patienten

Einleitung

*Für die Krise in der Humanmedizin gibt es nur eine Medizin:
das Humane.*

Gerhard Uhlenbruck

Endlich müssen keine dicken Ordner mehr von Arzt zu Arzt geschleppt werden, werden verordnete Medikamente auf Wechselwirkungen geprüft und Doppeluntersuchungen vermieden. Alle nötigen Informationen sind sicher gespeichert und ständig verfügbar in einer elektronischen Patientenakte (ePA), womit Übersicht und Ordnung in das deutsche Gesundheitswesen kommen, der digitale Rückstand im Vergleich zu anderen Ländern aufgeholt wird und Patienten endlich selbst über ihre Behandlungsdaten verfügen. Diese Daten sollen dann, freigegeben für die Forschung, die längst überfällige »Digitalisierung der Gesundheit« befeuern.

Was so gut und zukunftsweisend klingt, sieht in der Realität allerdings oft anders aus. Über die Komplexität und Störanfälligkeit des Projekts sowie seine hohen Kosten bei geringer Praktikabilität wird in Umfragen zur ePA selten aufgeklärt, die daher leicht hohe Zustimmungsraten in der Bevölkerung erreichen. Als niedergelassener Arzt, dem die Patientensichtweise wohl vertraut ist und der die Versorgung kranker Angehöriger miterlebt, möchte ich Ihnen folgend meine Sicht der Dinge nä-

herbringen.¹ Sie stellt auch die Sicht vieler Ärzte und Therapeuten dar, die vor allem eines nicht wollen: die sensiblen Daten ihrer Patienten dem Internet überantworten, wo deren »Aufbewahrung« nicht mehr überschaubar ist, wie es im Computer oder Aktenschrank der Praxis der Fall ist. Hier wären bei einem digitalen oder physischen Einbruch – schlimm genug – nur einzelne Patientendaten betroffen, ganz im Gegensatz zu den verheerenden Folgen, die Datenlecks oder Hackerangriffe bei einer zentralen Speicherung der ePA-Daten in Clouds zur Folge hätten. In Finnland mussten im Oktober 2020 Zehntausende Psychotherapiepatienten die Erfahrung machen, mit gehackten Daten erpresst zu werden. Aus Politik und Wirtschaft heißt es indes, man möge es mit Datenschutz und Datensparsamkeit nicht übertreiben. Vieles deutet darauf hin, dass es statt um Gesundheit vor allem um Datenfluss geht, um die Etablierung neuer Geschäftszweige und den Profit einer »industriellen Gesundheitswirtschaft«, von der Politiker heute gern sprechen. Schauen wir also mit kritischem Blick darauf, wie es zur Idee der elektronischen Patientenakte als Kernelement der Digitalisierung im Gesundheitswesen kam, wie diese sich mittlerweile entwickelt hat und darauf, was eigentlich in unserem Gesundheitswesen nötig wäre.

Todbringende Cholesterinsenker

Über hundert Tote weltweit durch die Einnahme des Cholesterinsenkers *Lipobay* – dies schreckte im Sommer 2001 die Verantwortlichen im Gesundheitswesen auf. Offenbar hatten nicht bedachte Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten hier eine entscheidende Rolle gespielt. Rasch wurde zur Verhinderung ähnlicher Katastrophen ein besserer Informationsaustausch zwischen Ärzten gefordert und die Einführung eines Gesundheitspasses in Form einer Chipkarte diskutiert;

zeitgleich kamen jedoch schon Zweifel am Nutzen dieser Pläne auf. Ärzte und Therapeuten verwiesen auf die Gefahr eines »gläsernen Patienten«, die auch heute noch besteht. Selbst Krankenkassen sahen zunächst keinen Mehrwert. So sagte einer ihrer Vertreter damals, der *Lipobay*-Skandal wäre wohl auch mit einer solchen Chipkarte nicht verhindert worden, weil in den meisten Fällen die miteinander unverträglichen Medikamente jeweils von *einem* Arzt verordnet worden seien.² Eine digitale Kommunikation zwischen *verschiedenen* Ärzten hätte hier also nicht weitergeholfen. Er hielt damals ein »Behandlungsbuch« für sinnvoller, was jedoch im digitalen Zeitalter überholt erscheint. Der VdK-Kreisverband Bayreuth hat dennoch 2020 eine Notfallmappe zur übersichtlichen Aufbewahrung von Medikationsplan und Befunden herausgebracht, wissend, dass seine eher älteren Mitglieder meist nicht digitalaffin sind – und es oft auch nicht gezwungenermaßen werden wollen.

Mittlerweile ist die elektronische Gesundheitskarte (eGK) mit Chip längst eingeführt, ebenso – nach langjährigen Diskussionen zwischen Politikern, IT-Spezialisten und Ärztefunktionären – die sogenannte Telematikinfrastruktur (TI), ein Datennetz zum Austausch von zentral auf Servern gespeicherten Gesundheitsdaten. An dieses hatten sich nun ab 2017 Ärzte, Therapeuten, Apotheker und Krankenhäuser verpflichtend anzuschließen. Ein Großteil der Praxen hat seine Computer mit der TI verbunden, allerdings nur unter dem Druck eines sonst drohenden Honorarabzugs und ohne zuvor in die Entwicklung des Projekts eingebunden worden zu sein. Vielmehr verschaffte sich im Frühjahr 2019 der damalige Gesundheitsminister Jens Spahn gesetzlich eine Mehrheit von 51 Prozent Stimmenanteilen in der Gematik, der Betreibergesellschaft der TI, um die digitalisierte Vernetzung im Gesundheitswesen nun von oben beschleunigt voranzutreiben.