

SVEN JUNGSMANN
MIT THOMAS LINDEMANN
Wie gesund wollen wir sein?

mosaik

SVEN JUNGSMANN
MIT THOMAS LINDEMANN

WIE GESUND WOLLEN WIR SEIN?

Warum KI und Digitalisierung das
Gesundheitssystem menschlicher machen

mosaik

Alle Ratschläge in diesem Buch wurden von den Autoren und vom Verlag sorgfältig erwogen und geprüft. Eine Garantie kann dennoch nicht übernommen werden. Eine Haftung der Autoren beziehungsweise des Verlags und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist daher ausgeschlossen.

Wir haben uns bemüht, alle Rechteinhaber ausfindig zu machen, verlagsüblich zu nennen und zu honorieren. Sollte uns dies im Einzelfall aufgrund der schlechten Quellenlage bedauerlicherweise einmal nicht möglich gewesen sein, werden wir begründete Ansprüche selbstverständlich erfüllen.

Der Verlag behält sich die Verwertung der urheberrechtlich geschützten Inhalte dieses Werkes für Zwecke des Text- und Data-Minings nach § 44 b UrhG ausdrücklich vor.
Jegliche unbefugte Nutzung ist hiermit ausgeschlossen.



Penguin Random House Verlagsgruppe FSC® N001967

1. Auflage

Originalausgabe April 2024

Copyright © 2024: Mosaik Verlag, München,
in der Penguin Random House Verlagsgruppe GmbH,
Neumarkter Str. 28, 81673 München

Redaktion: Dagmar Rosenberger

Umschlag: favoritbuero

Umschlagmotiv: ©Ruslan Ivantsov/Shutterstock, ©Artistdesign. 13/Shutterstock

Satz: Satzwerk Huber, Germering

Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pößneck

Printed in Germany

GS · IH

ISBN 978-3-442-39424-1

www.mosaik-verlag.de

*In Dankbarkeit für unsere Ärztinnen und Ärzte, Pfleger
und Pflegerinnen. Ich kenne noch zu gut eure unermüdlichen
Bemühungen und Opfer. Auf dass ihr schnell die
Unterstützung bekommt, die ihr verdient.*

INHALT

Einleitung	8
1. Warum Daten Leben retten können, und wie wir diese Chance gerade verschlafen ...	11
2. Die digitale Patientenakte: Es gibt sie, aber sie taugt nichts. Was wir brauchen, ist ein »digitaler Zwilling«	32
3. Der Kittel brennt! Wir müssen als Erstes das Personal heilen, wenn wir ein gutes Gesundheitssystem wollen	56
4. Die digitale Glaskugel: Wie Medizin-Computer in die Zukunft schauen und warum das eine gute Nachricht ist	81
5. Der schöne Moment, wenn es noch nicht zu spät ist: Warum wir mehr Prävention brauchen und wie KI uns dabei helfen kann	102
6. Die Ärzte müssen sich ändern – und die Patienten auch. Über Verantwortung, Selbstheilungskräfte, Empathie und Placebos	124

7. Es geht nicht (nur) um Videochat: Warum Telemedizin immer wieder falsch verstanden wird	145
8. Diese Behandlung ist nur für dich! Warum wir die Medizin auf die Menschen zuschneiden müssen	164
9. Mini-Computer und Maxi-Daten: Wie KI uns mit Diagnosen überrascht, die Menschen nicht sehen können	183
10. Datenschutz und andere Bedenken – wo wir aufpassen müssen und wo nicht	202
Wenn wir nicht handeln, tun es andere: Die Zukunft kommt – mit oder ohne uns	215
Register	219

EINLEITUNG

Fragen Sie sich oft, warum Sie beim Arzt oder in der Klinik so lange im Wartezimmer sitzen müssen? Warum Sie erst in fünf Monaten einen Termin bei der Orthopädin im Stadtzentrum bekommen, obwohl Sie starke Rückenschmerzen quälen? Oder wieso Ihr Bekannter, der im Krankenhaus arbeitet, immer über Stress klagt und kurz vor dem Burnout steht? Die Antwort wird Ihnen nicht gefallen: Das alles sind nur Symptome, aber krank ist das Gesundheitssystem selbst, tief in seinem Inneren.

Vieles davon hat damit zu tun, dass die Technologie in der Medizin veraltet ist. Aber manches hat auch damit zu tun, dass Menschlichkeit und Empathie fehlen. Und das gerade im Umgang mit Menschen, die krank sind, Hilfe suchen und oft verunsichert sind. Doch das Personal – sowohl auf ärztlicher als auch pflegerischer Seite – ist überlastet, und es muss die Mängel des Systems durch zusätzliche, oft mühevollen Arbeit ausgleichen.

Ich habe jahrelang ein Doppelleben geführt: In dem einen Leben war ich Assistenzarzt und vergeudete im Klinikalltag viel Lebenszeit mit Tätigkeiten, die sich leicht automatisieren ließen. In dem anderen Leben beschäftigte ich mich freiberuflich mit dem Thema Digitalisierung im Gesundheitsbereich, hielt Vorträge und beriet Unternehmen. Die Kluft zwischen den beiden Welten hätte kaum größer sein können.

Während ich im Alltag schnell und einfach Dokumente per E-Mail oder in der Cloud austausche, musste ich als Arzt erst zahllose Kliniken abtelefonieren, um jemanden zu finden, der mir den aktuellen Arztbrief eines Patienten faxte, den ich dann meinem Diktiergerät vorlas, damit eine Schreibkraft ihn ins System eintippen konnte. Und bei dringenden Sachen schickten meine Kollegen mir ein Signal auf meinen Pieper, den ich an der Kitteltasche trug, als sei gerade das Jahr 1986 und im Fernsehen *Miami Vice* ein Hit. An anderen Häusern hatten wir immerhin DECT-Telefone, diese Funktelefone für zu Hause. Da konnten mir die Kolleginnen direkt sagen, worum es geht, und manchmal schaffte der Akku den Tag auch.

Gleichzeitig hat sich die Welt draußen so weit entwickelt, dass wir heute mit unseren Computern sprechen und Antwort von ihnen bekommen. Unsere Fotos liegen in der Cloud, und eine KI ordnet sie Schlagwörtern zu, unsere Einkäufe und den Urlaub planen wir digital. Ähnliches ist längst auch in der Medizin möglich. Künstliche Intelligenzen können Röntgenbilder deuten oder Hautkrebs diagnostizieren. Und sie können – damit wird es erst richtig interessant – in medizinischen Daten teilweise Krankheiten erkennen, die das menschliche Auge noch übersieht.

Doch die meisten dieser Technologien werden hierzulande noch nicht eingesetzt. Manchmal wissen die entscheidenden Leute in Kliniken und Praxen gar nichts davon, manchmal scheuen sie den Kontakt mit Digitalisierung und KI. Vielen ist einfach nicht klar, was diese Neuerungen bedeuten und wie diese Technologie ihnen nützen kann. Wie das funktioniert, woran es bisher scheitert, was die Risiken sind und welches die Chancen – um all das wird es in diesem Buch gehen. Und auch darum, wie sich überhaupt erst eine gute Datenbasis schaffen ließe, mit der Algorithmen dann zu unserer Gesundheit beitragen können.

Die Debatte um Digitalisierung und KI ist kein Kampf der Generationen. Es geht nicht darum, dass junge Silicon-Valley-Manager jetzt alles anders machen wollen. Und es geht erst recht nicht darum, die ältere, erfahrene Generation aufs Abstellgleis zu schieben. In vielerlei Hinsicht ist ihr Wissen unschätzbar wertvoll, und in vielen Abläufen wünschen auch sie sich mehr Unterstützung – warum sollte diese Unterstützung nicht von einem KI-System kommen? Computer, künstliche Intelligenz, lernende Algorithmen, Datenwissenschaft – das alles ist kein Hexenwerk, und es kann dem Gesundheitswesen dienen und helfen.

Das große Thema bleibt dabei: Wie kann der Mensch endlich wieder im Mittelpunkt stehen? Das ist das Ziel – und nicht die Digitalisierung selbst. Eigentlich sollte es aktuell heiß diskutierte Begriffe wie »Telemedizin« oder »E-Health« gar nicht geben. Alles ist »Medizin«, ohne »Tele-« und »E-«. Die elektronischen und nichtelektronischen Wege zum Ziel sollten gesund und sinnvoll zusammenfließen. Wie das geht, lesen Sie in den folgenden zehn Kapiteln.

Der Kontakt zu Patientinnen und Patienten ist den meisten Ärzten das Wichtigste. Doch zurzeit beobachten wir in den Statistiken eine gewisse Klinikflucht der Ärzteschaft, manch eine Abteilung auf dem Land musste schon schließen. Wenn das System besser wird, werden auch wieder mehr hoch qualifizierte und motivierte Leute gern mitmachen. Manchmal fehlen mir das Krankenhaus und die Menschen. Was mir nicht fehlt, ist der zurückgebliebene technische Entwicklungsstand in den Kliniken. Reden wir darüber.

KAPITEL 1

WARUM DATEN LEBEN RETTEN KÖNNEN, UND WIE WIR DIESE CHANCE GERADE VERSCHLAFEN

*Schnitzeljagd im Krankenhaus-Computer:
Alle Informationen sind da, aber
schwer zu finden. Das digitale Chaos im
Gesundheitswesen kostet Menschenleben.*

Der Mann war mein erster Patient in der Notaufnahme an diesem Abend, und er sah ungesund aus. Seine Beine waren etwas geschwollen. Seine Haut war leicht bläulich marmoriert, ein Zeichen für eine Störung der Blutzirkulation. Er war übergewichtig und klagte über Schwindel und Atemnot. Der Mann war 64 Jahre alt, wirkte aber vom optischen Eindruck her zehn Jahre älter. Ein echter Berliner, er arbeitete im Handwerk und stand kurz vor der Pensionierung. Nennen wir ihn Heinz Lehmann. Herr Lehmann war in die Notaufnahme gekommen, weil ihm seine seit Tagen zunehmende Luftnot Probleme machte. Ich begann mit meinen Standardfragen:

»Haben Sie irgendwelche Vorerkrankungen?«

»Nö.«

»Nehmen Sie derzeit Medikamente?«

»Nö.«

Ich habe in der Notaufnahme gelernt, skeptisch zu sein gegenüber den Angaben, die Patienten machen. Denn so unglaublich es klingt, manchmal verschweigen Kranke die wichtigsten Details, geben falsch über sich selbst Auskunft, vergessen ganz entscheidende Dinge und bringen sich damit vielleicht sogar in Gefahr. Während ich Herrn Lehmann mit dem Stethoskop abhörte, fragte ich deshalb weiter.

»Nehmen Sie vielleicht Aspirin?«

Seine Haut, sein Gesicht, alles sah nach schlechter Durchblutung und Herzinsuffizienz aus. Vermutlich hatte er jahrzehntelang geraucht und vielleicht auch mehrmals pro Woche seine Eckkneipe besucht. Aspirin wird standardmäßig verschrieben bei Herzinfarkt und seinen Vorstufen, unter anderem bei instabiler Angina pectoris, nach arteriellen gefäßchirurgischen Eingriffen oder zur Vorbeugung von Hirninfarkten.

»Aspirin? Ja, ja, das nehme ich schon. Jeden Morgen eine.«

»Aber Sie haben doch eben zu mir gesagt, Sie nehmen keine Medikamente.«

»Ja, ich dachte, das zählt nicht mit.«

»Haben Sie denn Bluthochdruck?«

»Hatte ich, aber das ist vorbei, seit ich meine Blutdrucksenker nehme.«

»Aha.«

In solchen Momenten fühle ich Stress in mir aufsteigen. Mir gehen all die anderen Patienten durch den Kopf, die im Wartezimmer

sitzen und sich die ganze Zeit fragen: »Wann schaut endlich jemand nach mir?« Nicht alle von ihnen leiden an etwas Lebensbedrohlichem, aber bei manchen kann der Zustand schnell kippen. Ich schiele auf die Warteliste im Computer, um zu fahnden, ob ich jemanden vorziehen sollte. Als Diensthabender fühle ich mich in solchen Momenten wie ein Fluglotse, der auf zehn Flugzeuge gleichzeitig achten muss, aber jedem einzelnen doch für einen Moment seine volle Aufmerksamkeit schenken soll. Und dann hat, um im Bild zu bleiben, auf einmal ein Pilot vergessen, mit welchem Hebel man im Landeanflug die Räder ausfährt.

Vorwurfsvolle Gedanken wie »Scheiße, dieser Mann hier schadet gerade sich selbst und dadurch auch allen anderen auf der Rettungsstelle« muss ich unterdrücken, denn auch dieser Patient ist gestresst und ängstlich. Und als Arzt möchte ich helfen. Zum Nachdenken bleibt ohnehin keine Zeit. Immer wieder kommen Pflegekräfte rein, fragen etwas, beschweren sich, dass ein Bericht noch nicht fertig ist oder die Röntgenanmeldung für jemanden noch ausgefüllt werden muss. Aber zurück zu Herrn Lehmann:

»Also nehmen Sie noch ein Medikament«, fuhr ich fort.

»Ja, schon. Ich dachte, so was meinen Sie nicht.«

»Welchen Blutdrucksenker nehmen Sie denn?«

»Also... den Namen weiß ich nicht. Das ist diese runde Tablette mit dem Schlitz in der Mitte.«

Er schaute fragend seine Frau an, die die ganze Zeit neben ihm saß. Ich schöpfe neue Hoffnung, denn in dieser Generation wissen die Ehefrauen oft viel besser Bescheid als die männlichen Patienten selbst. In diesem Fall aber nicht. Als Antwort kam nur ein Achselzucken von Frau Lehmann.

»Und wie viel nehmen Sie davon? Wie sind die Tabletten dosiert?«

»Weiß ich nicht.«

Ich nahm das alles erst einmal nur neutral zur Kenntnis. Ganz sicher bin ich mir nie, ob ich die reine Wahrheit höre. Vielleicht hat er mich vorher doch nicht angelogen und nimmt die Tablette tatsächlich gar nicht ein, obwohl seine Hausärztin ihn sicherlich mehrfach dazu aufgefordert hat.

Bei der anschließenden Untersuchung fiel mir eine kleine Narbe an Herrn Lehmanns Handgelenk über der Radialis-Arterie auf. So etwas kann anfangs nach einem Eingriff zurückbleiben, bei dem ein Katheter eingeführt wird – etwa um Stents zu setzen. Er könnte einen Herzklappenfehler gehabt haben.

»Herr Lehmann, Sie haben hier ja eine Narbe, die sieht neu aus. Was war denn da los?«

»Ach ja, da wurde ich operiert.«

»Ach was. Wann denn?«

»Vor drei Monaten, das ist aber alles wieder gut jetzt.«

»Und worum ging es da?«

»Da war was mit dem Herzen, Herzinfarkt oder so, aber der ist ja jetzt verheilt.«

Innerhalb von fünf Minuten hatte ich erfahren, dass dieser Patient, der angeblich keine Vorerkrankungen hatte und keine Medikamente brauchte, in Wirklichkeit mindestens zwei Tabletten täglich einnahm, vermutlich erst kürzlich einen Infarkt erlitten und eine Herzkatheteruntersuchung hinter sich hatte. Ich fragte mich, welche Überraschungen er noch für mich bereithielt. Die Informationen, die hier nach und nach herauskamen, waren potenziell lebenswichtig. Welches Medikament jemand nimmt, beeinflusst viele Entscheidungen, etwa welche Medikamente ich ihm überhaupt noch geben darf. Oder liegen Allergien oder Unverträglichkeiten vor? Oder weitere Erkrankungen, die ein bestimmtes Medikament verbieten? Und schließlich kann ein falsches Medikament

sogar die Ursache für die Beschwerden sein, mit denen jemand zu mir kommt. Oft verordnen Patienten sich sozusagen selbst etwas, was ihnen aber eigentlich schadet. Das kann Aspirin oder Ibuprofen sein oder auch ein allabendliches Bier, oder zwei bis drei.

Nun hatte ich also nach detektivischer Vorarbeit endlich einige Details auf Herrn Lehmanns Patientenbogen erfasst. Ich würde gern behaupten, dass ich mir dabei wie Sherlock Holmes oder Dr. House vorkam, aber in Wirklichkeit fühlte ich mich wie ein überqualifizierter Datensammler. Ich konnte mich nicht auf das konzentrieren, wonach man sich – zumindest zu Beginn der Karriere – noch sehnt, bevor die angespannte Stimmung der meisten Krankenhäuser einen erfasst: ein gutes Arzt-Patienten-Gespräch.

Stattdessen musste ich mühsam einzelne Daten aus einem Kranken herauskitzeln, obwohl es irgendwo in dieser Stadt einen vollständigen Arztbericht gibt, in dem das alles schon steht. Diese eigentlich altbekannten Informationen hatten es nun endlich auf meinen Patientenbogen geschafft. Hurra! Aber nun ging es weiter: Um mehr über den Hintergrund dieses Patienten zu erfahren, musste ich genau herausfinden, was genau da erst vor wenigen Monaten gemacht wurde und warum.

»In welchem Krankenhaus hat Ihre Operation denn stattgefunden?«

»Weiß ich nicht mehr«, sagte Herr Lehmann.

Langsam stieg der Druck. Ich sah an der Liste auf dem Bildschirm, wie das Wartezimmer sich füllte. Trotzdem, es musste doch möglich sein, den Ort herauszufinden. Ich war außerdem allein mit der Verantwortung für diesen Patienten sowie für die Kolleginnen und Kollegen, denen ich ihn zur Weiterversorgung übergeben musste – möglichst vollständig vorbereitet. Ich musste das Problem lösen. Genau jetzt. Und zwar schnell.

Wir googeln Fassaden

»Wie sah es denn da aus, als Sie in dieses Krankenhaus kamen?«

Der Mann überlegte.

»Also das Gebäude hatte so rote Mauern aus Klinkern, und nebendran war eine Kirche, das weiß ich noch genau!«

Ich öffnete Google Maps. Tippte »Hospital near Church« ein und schaltete auf Street View um. Dann zeigte ich Herrn Lehmann einige der Bilder.

»Sieht diese Mauer entsprechend rot aus?«

Herr Lehmann überlegte mit mir. Eine der Mauern sah dann wirklich so aus, wie er es in Erinnerung hatte. Sie gehörte zu einem Krankenhaus im Südwesten der Stadt, und neben dem Haupteingang stand tatsächlich eine Kirche. Ich ließ Herrn Lehmann im Behandlungszimmer warten, unter den wachsamen Augen einer Pflegekraft, und setzte mich ans Telefon. Weil ich auch als Arzt keinen anderen Kontakt habe, rief ich die Hauptnummer des Krankenhauses an. Der Pförtner stellte mich zur Notaufnahme durch, dort ging ein Pfleger namens Harry dran. Ich erklärte ihm mein Anliegen. Harry sagte mir, dass die diensthabende Ärztin gerade steril sei und in der Notaufnahme Blut abnehme. Er gab mir eine Durchwahl und bat mich, später noch einmal anzurufen. Zuerst piepte mich allerdings eine Krankenschwester aus der Notaufnahme an. (Ja, es gibt tatsächlich in vielen Häusern bis heute noch Pieper. Diese Dinger aus den Neunzigern, die man am Gürtel trägt.)

»Ich habe da einen Patienten mit akuter Luftnot seit heute Nachmittag«, sagte sie, als ich bei ihr angerauscht kam, »schaust du dir den bitte gleich mal an?«

Akute Luftnot ohne weitere Infos kann bedeuten: Da hat ein sonst völlig Gesunder eine Panikattacke. Oder es kann bedeuten: da stirbt

jemand in den nächsten 15 Minuten. Ich ging deshalb sofort hin. Zum Glück war es nichts Gefährliches. Wir konnten den Patienten vorerst stabilisieren, meine Kollegin versorgte ihn weiter, und ich widmete mich wieder Herrn Lehmann. Ich rief noch mal in dem anderen Krankenhaus an und erreichte dieses Mal die Kollegin in der Notaufnahme. Die verwies mich weiter an eine andere Kollegin auf Station. Die erinnerte sich glücklicherweise sofort. Sie hieß Sophie und war jetzt, um 22 Uhr und damit lange nach ihrem offiziellen Feierabend, zufällig noch auf Station, weil sie Papierkram erledigen musste.

»Hallo, Sophie, Sven hier«, sagte ich (wir duzen uns unter Ärztinnen und Ärzten eigentlich immer, besonders, wenn die Stimme am anderen Ende eher jung klingt), »ich habe gerade Dienst in unserer Notaufnahme und habe hier diesen Patienten, der nicht mehr weiß, ob und warum er bei euch stationär lag.« Da sprudelte es aus Sophie auch schon heraus. Sie erinnerte sich gut an Herrn Lehmann, seine Herzkranzgefäße brauchten Stents. Und sie machte gerade mal wieder Überstunden. Für mich und vor allem Herrn Lehmann war beides gut, denn ich hatte jetzt endlich eine konkretere Vorstellung davon, wie ich ihn behandeln konnte. Ich bat Sophie um seinen Entlassungsbericht. Dann sagte sie einen Satz, den man leider auch 2024 noch täglich in deutschen Krankenhäusern hört: »Ich kann dir das faxen.«

Außerhalb der Krankenhauswelt kann man sich das vielleicht nicht vorstellen, aber für uns ist es selbstverständlich, dass noch gefaxt wird, es gibt meist gar keine Alternative. Andere Arten der Datenübertragung werden in deutschen Krankenhäusern nicht regelmäßig genutzt – außer für CT- oder MRT-Aufnahmen vielleicht. Und da werden auch nicht die Daten digital verschickt, sondern eine DVD mit den Daten kommt in einen Umschlag und geht per Post auf den Weg.

Da saß nun also ein Patient in meiner Notaufnahme, der eventuell in Lebensgefahr schwebte, und ich wartete auf ein Fax. Es kam aber nicht. Also rief ich noch mal an, doch Sophie war nicht mehr zu erreichen. Erst nach einer Stunde hielt ich endlich ihr Fax in den Händen – Sophie hatte einen Notfall reinbekommen und musste sich erst darum kümmern. Wahrscheinlich war sie in der x-ten Überstunde, mit nur noch einer weiteren Kollegin, ähnlich wie ich. Da wachsen einem phasenweise die Dinge über den Kopf.

Mit Herrn Lehmann ging alles gut aus: Ich brachte ihn in der Kardiologie stationär unter und gab dem dortigen Team alle Informationen, sodass sie die weitere Abklärung leicht selbst in die Hand nehmen konnten. Soweit ich weiß, geht es ihm gut.

Wenn ich diese Geschichte erzähle, höre ich oft als Antwort: »Das ist aber sicher ein Extremfall gewesen, oder?« Ist es nicht. Hier kam zwar einiges zusammen – ein Patient mit schlechtem Gedächtnis und einer gewissen Indifferenz sich selbst gegenüber, ein Krankenhaus, das wir erst auf Maps suchen mussten, ein Faxgerät, und schließlich ich, der alles abtippen muss (auch wenn es nur die wichtigsten Informationen sind, wird das eine Seite) – aber das ist keine Seltenheit. An einem Tag Dienst, also in acht bis neun Stunden, verliere ich so oft anderthalb Stunden.

Solche oder ganz ähnliche Dinge passieren fast täglich. Irgendwo liegen die Informationen, denn jemand hat sie alle schon sauber und akribisch zusammengetragen und jeden Fall dokumentiert, aber darauf habe ich keinen Zugriff, ich weiß in den meisten Fällen nicht einmal, wo das wohl liegt. Ich muss erst an irgendeinen Brief kommen, irgendeine Person finden, nach irgendeinem Bericht fragen – ich komme mir oft vor, als müsste ich ein Escape-Room-Spiel bewältigen. Und das in dem Bereich, wo es besonders auf Schnelligkeit ankommt: in der Notaufnahme.

Der Kontrast zum Alltagsleben ist immer wieder kaum zu begreifen: Ich gehe zu meinem Dienst in der Klinik oder sitze in der Bahn, schaue mir schnell noch ein Video auf dem Handy an oder buche einen internationalen Urlaub in wenigen Minuten online. Eine App schlägt mir ein Date vor, das aufgrund gemeinsamer Interessen vielleicht zu mir passen könnte. Und mein digitaler Kalender erinnert mich an den Geburtstag meiner Schwester, den ich im Stress fast vergessen hätte. Dann trete ich durch die Klinikpforten, und plötzlich bin ich auf zwei oder maximal drei Balken EDGE statt LTE. Da kriegt man schon Angst, tiefer in die Klinik hineinzugehen. Was kommt als Nächstes? Wird die Welt plötzlich wieder schwarz-weiß?

Zwei Probleme im Gesundheitssystem

Ich erzähle solche Anekdoten gern, wenn Menschen mich fragen, was denn das Problem im deutschen Gesundheitswesen ist. Selbst in den größten und renommiertesten Kliniken wird im Hintergrund improvisiert, um die Ecke gedacht und darauf gehofft, dass andere zufällig gerade helfen können. Und zwar nicht, weil ausnahmsweise etwas schiefgelaufen oder ein außergewöhnlicher Problemfall eingetreten ist – Ausnahmesituationen gibt es überall, vermutlich selbst auf der Raumstation ISS. Aber in diesem Fall und in vielen anderen Fällen ist das einfach der normale Krankenhausalltag.

Auch wenn die Anekdote schon ein paar Jahre her ist, hat sich nichts Grundlegendes geändert. Hier und da wird etwas getan, aber der große Schritt nach vorn bleibt aus. Das Personal ist weiter gestresst, die Kranken sind weiter genervt. Für mich zeigt diese Geschichte daher immer noch mehrere Dinge, die auch in diesem Buch zentral sein werden. Erstens: Wir brauchen die digitale Patientenakte. Ich meine damit eine funktionierende Akte, die der