

## Telematikinfrastruktur und elektronische Patientenakte

# Blockieren Ärzte digitale Innovationen?

Auf dem Digital Health Kongress der Süddeutschen Zeitung zeigten sich Goldgräberstimmung und Technikeuphorie. Kritische Stimmen störten dabei. Ein teilnehmender Referent berichtet.

Ende September 2019 veranstaltete die Süddeutsche Zeitung (SZ) einen zweitägigen Digital-Health-Kongress, zu dem ich als einziger Skeptiker auf ein Panel – so werden Podiumsdiskussionen heute genannt – eingeladen wurde. Gemeinsam mit Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und der Bundesärztekammer wurde über die Telematikinfrastruktur (TI) und die elektronische Patientenakte (ePA) diskutiert. Ein im Februar 2019 in der SZ erschienener Beitrag zur Thematik hatte offenbar zu der Einladung geführt [1]. Die Tagung war jedoch nicht von der Wissenschaftsredaktion organisiert worden, deren Redakteur Werner Bartens, selbst Arzt, sich in den letzten Jahren mehrfach kritisch zur Thematik geäußert hatte [2, 3].

Vielmehr war die Wirtschaftsredaktion verantwortlich, was schon zeigt, wo die Potenziale des Gesundheitswesens in Zeiten der Digitalisierung gesehen werden. Entsprechend hob der Redaktionsleiter gleich an zu einem Loblied auf Gesundheitsminister Jens Spahn und hielt einer leise skeptischen Teilnehmerin vor, dass die Digitalisierung nicht zu verhindern sei, verbunden mit der Frage, ob sie denn wohl dagegen sei.

### Dringendere Probleme im Gesundheitswesen

Diese für eine kritisch-unabhängige Zeitung erstaunliche Reaktion zeigt bereits auf, welche Spaltung die Digitalisierung teilweise schon in unsere Gesellschaft treibt, nicht nur im Gesundheitswesen. Auf dem Kongress selbst wurden

schnell Klagen über die Ärzte als Hauptblockierer laut: Es gäbe eben noch zu viele Vorbehalte, auch dagegen, die Daten herzugeben. Mit der TI würde nun zwar eine Tür hingestellt, aber die Daten bekomme man trotzdem nicht raus. Am Ärzte-Bashing würde er sich liebend gerne beteiligen, meinte ein weiterer Teilnehmer. Dass es mit Pflegenotstand, Ärztemangel und zurzeit oft nicht lieferbaren Medikamenten (etwa dem Antidepressivum Venlafaxin) ganz andere Probleme im Gesundheitswesen gäbe, für die Lösungen, auch finanzieller Art, nötig wären, war den anwesenden IT-Fachleuten, Start-Up-Ökonomen und Krankenhausmanagern nur schwer begreiflich zu machen.

Zu euphorisch ist derzeit die Goldgräberstimmung im E-Health-Bereich. Hier



**Konträre Ansichten auf dem Panel des Kongresses der Süddeutschen Zeitung (v. li.): Thomas Lemke, Vizepräsident Deutsche Krankenhausgesellschaft, und Dr. Andreas Meißner aus München**

wird dann gerne schlagwortartig von „der Digitalisierung“ und dem drohenden Szenario eines von Google bestimmten Gesundheitswesens gesprochen. Dabei anklingende Ängste und Verschwörungstheorien wurden vielmehr dem Skeptiker sogar vorgeworfen. Die Frage, ob wir offenbar längst von Google Getriebene seien und eher die Politik Monopoltendenzen von Großkonzernen zu regeln hätte, blieb unbeantwortet.

„Digitalisiert“ wiederum sind wir alle längst, mit Computern und Praxisverwaltungssystemen in den Arztpraxen, oder auch mit dem unkomplizierten Einreichen der Quartalsabrechnung online an die KV, so mein Statement. Dann aber wäre zu unterscheiden, ob wir über Diagnose- oder Therapietools sprechen, über Dokumentation und Datenspeicherung, oder über Kommunikation etwa zwischen Behandlern oder zu Patienten, wofür gesicherte Verbindungen tatsächlich hilfreich sein könnten.

Sinnvolle Diagnose-Apps mag es geben, Beispiele dafür wurden im Laufe des Kongresses vorgestellt. Mit kritischen Tönen aber, etwa auch zur Verschreibung von Gesundheits-Apps ohne vorherigen Nachweis eines Nutzens, gilt man schnell als „rückwärtsgewandt“ in diesen Kreisen. Inhaltliche Gründe für die auch in neuen Umfragen bestätigte Skepsis weiter Teile der Ärzteschaft gegenüber TI und ePA [4] interessierten nicht.

## **Fragliche Vereinfachung, mehr Komplexität**

Scheinbar muss nun offenbar auch die Bevölkerung zu Digitalisierung erzogen werden, die offiziell Herr ihrer Daten bleiben soll. Für Patienten bot der AOK-Vertreter sogleich flächendeckend Schulungen über die eigenen Geschäftsstellen an. Auch wurde gefragt, wie denn „der Mindset der Menschen im Gesundheitswesen verändert werden könnte“. Ein erkennbarer Nutzen könnte vielleicht die Leistungserbringer überzeugen, wurde gemutmaßt. Doch für diese könnte zu höherem Aufwand für Technik und Versicherungen hinzukommen, dass die Daten ja standardisiert und gut aufbereitet sein sollen, was letztlich an den Ärzten hängen bleiben wird. Aus dem Wunsch nach technischer Vereinfachung

wird so leicht ein Mehr an Aufwand und Komplexität (was gemeinhin Reboundeffekt genannt wird).

Der am Klinikum rechts der Isar tätige Münchner Orthopäde und Unfallchirurg Dr. Dominik Pförringer berichtete von Studien, die zeigen, dass ein Drittel der ärztlichen Tätigkeit in der Notaufnahme arztfremd sei, bedingt vor allem durch Dokumentationsaufwand. Er propagierte Digitalisierung hier vor allem zur Entlastung, musste dann aber einräumen, dass, wo dies einmal gelänge, rasch mehrere neue Anforderungen nachwachsen würden. Ein Vertreter des Bundesverbands der Krankenhaus-IT-Leiter wiederum schilderte, dass gegenwärtig fast schon ein IT-Wettrüsten zwischen Krankenhäusern und MDK ablaufen würde, bedingt durch immer häufiger werdende Abstriche von Krankenkassen bei der Abrechnung stationärer Behandlungen.

## **Daten sollen verknüpft werden**

Daten werden somit immer wichtiger, auch in der Forschung. So stellte eine Mitarbeiterin der Roche Pharma AG den klassischen randomisierten Studien ebenso zu berücksichtigende „Real World Data“ gegenüber. Diese würden auch Alltagsdaten beinhalten, etwa aus Fitnesstrackern und Apps, aber auch Krankenhaus- und Praxisdaten sowie Meldungen an Krankheitsregister. Diese heute meist nebeneinanderstehenden Daten müssten demnach verknüpft und gut aufbereitet werden, um ein „ganzheitliches Bild“ zu bekommen.

Auch durch kleiner werdende Krankheitsentitäten würden klassische Studien zunehmend an Grenzen stoßen. Dazu hatte vorher bereits der neue gematik-Chef Markus Leyck Dieken ausgeführt, dass wir durch Genomisierung beispielsweise bald nicht mehr von einem einzigen Asthma bronchiale sprechen würden, sondern von 22 Formen, mit dem entsprechenden Mutationsort als Diagnoseergänzung. Bei vielen Krankheiten müssten Patienten dann nicht mehr jahrelang auf die richtige Diagnose warten, sondern könnten durch die Genomuntersuchung frühzeitig behandelt werden. Die Arztrolle würde sich dadurch erheblich verändern. Ein Arzt, der nicht mit künstlicher Intelligenz (KI) arbeite, be-

gehe zukünftig Kunstfehler. Sogenannte „KI-Terminals“ würden daher in Praxen Einzug halten.

### Bremse durch Datenschutz und Ethik nicht gewünscht

Für ethische Fragen bleibt da nicht mehr viel Raum, was sich auch auf dem Kongress zeigte. Die Medizinethikerin Christiane Woopen wies zwar kurz darauf hin, dass Digitalisierung nur eine Technik sei, die angewandt werde, und dass auch an unfriedliche Zeiten gedacht werden müsse, wenn Abhängigkeiten etwa von den USA oder China hier zu erheblichen Problemen führen könnten. Auch müsse bestraft werden, wenn Daten deanonymisiert oder zweckentfremdet verwendet würden. Aber der Tenor war auch bei ihr, dass das Hauptrisiko der Digitalisierung darin liege, dass sie nicht genutzt würde.

Ein anderer Referent meinte mit Blick auf den oft diskutierten Datenschutz, ob wir nicht dem nächsten Patienten schaden, weil wir den aktuellen schützen würden. Dazu passend äußerte Jan Wemmel von der Bertelsmann-Tochter Arvato, die seit 2012 an der Entwicklung der TI maßgeblich beteiligt ist, dass wir zwar Diskussionen zu Datenschutz und Ethik führen müssten, dies aber nicht

den Prozess aufhalten dürfe. Ein weiterer Teilnehmer meinte gar, dass der Patient, der durch die Finanzierung seiner Behandlung von der Versichertengemeinschaft profitiere, dann doch eigentlich verpflichtet dazu sei, sich seinerseits solidarisch zu zeigen und mit seinen Daten der Gemeinschaft etwas zurückzugeben. Das ging selbst Woopen zu weit, wobei sie dabei jedoch vorrangig auf rechtliche, nicht auf ethische Aspekte fokussierte.

### Fazit

Was bleibt als Fazit für die Praxis übrig? Fachkräftemangel wird generell wohl künftig in erheblichem Maße digital behoben werden. Röntgenbilder werden auch in der ePA nur im PDF-Format zu sehen sein, so die Botschaft des neuen gematik-Chefs. Eine Krankenhausmanagerin wiederum wünscht sich eine Verpflichtung der Praxen zur Online-Terminvergabe. Begeisterung bei Ärzten für Digital Health wird man mit all dem nicht wecken können, im Übrigen auch nicht mit einem Kongress, der für Nichtreferenten über 1.300 € Teilnahmegebühr kostete. Die Anwesenden können ja auch bald mit mehr Anteilen am Kuchen des Gesundheitswesens rechnen, während denen, die die Behandlung konkret durchführen, bei Zweifeln am Nutzen der Technisierung Honorarabzüge drohen.

### Literatur

1. Meißner A. Der gläserne Patient. Süddeutsche Zeitung, 26.2.2019
2. Bartens W. Kranke behandeln, nicht Krankheiten. Süddeutsche Zeitung, 1.10.2011
3. Bartens W. Dr. Data. Süddeutsche Zeitung, 17.3.2018
4. Scholz J. Digitalisierung in der Praxis: Hype versus Realität. www.aend.de, 2.10.2019

### AUTOR

**Dr. med. Andreas Meißner**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Tegernseer Landstraße 49  
81541 München

E-Mail: psy.meissner@posteo.de



### Leserbrief

## Gute Erfahrungen mit modifizierter DESS-Skala

**Zum Beitrag „Absetzen von Antidepressiva“ (NeuroTransmitter 12/2019, Seite 26 ff.) schrieb der Redaktion Leser Prof. Dr. Markus Weih:**

Im NeuroTransmitter vom Dezember 2019 haben Dr. M. Busche und Prof. T. Bschor auf wissenschaftlich-fundierter medizinischer Basis weitere Hilfestellungen und eine Übersicht über die betroffenen Organsysteme (systemisch, kardial, gastrointestinal, sensibel et cetera) sowie spezifische Probleme etwa beim Absetzen von Antidepressiva im Allgemeinen und SSRI oder Tranylcypromin im Besonderen gegeben.

In diesem Zusammenhang wollte ich auf die recht unbekannt Studie von Rosenbaum aus 1998 hinweisen [Rosenbaum JF et al. Biol

Psychiatry. 1998;44(2):77–87]. Dort wird unter anderem die Discontinuation-Emergent Signs and Symptoms checklist (DESS-Checkliste) beschrieben, die 43 häufige Absetzsymptome von Antidepressiva auflistet. Die Skala wurde bereits in andere Sprachen übersetzt [etwa in Polnisch: Cubala WJ et al. Psychiatr Pol 47(4):715–25] und ist auch teils im Internet frei verfügbar [https://hulp.gids.nl/assets/files/pdf/DESS.pdf].

Ich habe die DESS-Checkliste ins Deutsche übersetzt und verwende sie in leicht abgewandelter Form (Medikament, Dosierung, Zeitdauer ergänzt). Die Checkliste hat sich gut bewährt, ist grob quantifizierbar und hat Augenscheinvalidität. Sie wird von Patienten als Richtschnur gut angenommen und er-

laubt den Absetzvorgang, wenn indiziert, in strukturierter Weise zu begleiten.

Praktisch vereinbare ich mit dem Patienten, der ein Absetzen wünscht, oder bei dessen Fall es nach Leitlinien empfohlen wird, einen Wiedervorstellungstermin etwa nach vier Wochen. Solange kann der Patient seine neuen oder verschlechterten Symptome in die Checkliste eintragen. Mit etwas Erfahrung und erneuter Anamnese kann dann rasch entschieden werden, ob der Absetzvorgang fortgesetzt oder beendet werden soll. Auf Wunsch kann ich die Checkliste ohne Gewähr zur Verfügung stellen. Sie können mich gern per E-Mail kontaktieren (markus.weih@gmx.de).

**Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg**

