WELT+ ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE

„Lauterbach zerstört mit so einem Vorhaben die ärztliche Schweigepflicht“

Stand: 14:31 Uhr | Lesedauer: 10 Minuten



Von **Kerstin Rottmann**
Redakteurin Nachrichten & Gesellschaft



Quelle: picture alliance/Westend61/gpointstudio

Ab dem kommenden Jahr ist die elektronische Patientenakte (ePA) Standard. Aber wie sinnvoll ist das überhaupt? Der Münchner Arzt Andreas Meißner hat Zweifel und ruft Patienten bundesweit zum Widerspruch auf. Jüngste Überlegungen des Gesundheitsministers hält er für besonders bedenklich.

Andreas Meißner ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, seine Praxis liegt in München. Zum Autor wurde er, weil ihn die Verabschiedung des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes empörte. So entstand die Idee für ein Buch, in dem der 58-Jährige über die elektronische Patientenakte (ePA) schreibt. „Jeder sollte sich damit auseinandersetzen, was mit seinen sensiblen Gesundheitsdaten in der Zukunft passiert“, mahnt er.

Seit dem 1. Januar 2021 können alle gesetzlich Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) ihrer Krankenkassen erhalten, in der medizinische Befunde und Informationen aus vorhergehenden Untersuchungen und Behandlungen über Praxis- und

Krankenhausgrenzen hinweg umfassend gespeichert werden können. Bislang hat aber nur ein Prozent aller rund 73 Millionen gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland dies genutzt und eine digitale Akte bei der Krankenkasse beantragt.

Ab Januar 2025 wird die ePA dann für alle Patienten angeboten; schriftlich kann Widerspruch eingelegt werden. Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) sieht in dem Projekt viele Vorteile. Unter anderem glaubt er, dass sich durch den elektronischen Überblick alle Medikamente eines Patienten teure Krankenhauseinweisungen vermeiden ließen, die durch Komplikationen bei Arzneien entstünden. Ärzte sollen zudem einen besseren Überblick über Diagnosen bekommen, sodass Untersuchungen nicht zweimal durchgeführt werden.

WELT: Herr Meißner, Sie sehen das Thema Digitalisierung im Gesundheitssystem kritisch. Warum denn? Deutschland müsste objektiv betrachtet doch wirklich nachrüsten?

Andreas Meißner: Digitalisierung sollte kein Selbstzweck sein. Wir müssen immer überlegen, wo wir dieses Instrument sinnvoll einsetzen. Praxen nutzen heute schon elektronische Patientenakten in ihren Computern. Zentral auf Servern gespeicherte E-Akten aber, wie sie jetzt eingeführt werden, sind etwas anderes. Da geht in komplizierter Technik viel Überblick verloren. Und übrigens: Bei mir hat kein einziger Patient je nach einer solchen elektronischen Akte gefragt.

WELT: Dabei wäre dies ja schon seit 2021 möglich gewesen?

Meißner: Genau. Wir reden also von der Implementierung einer milliardenteuren Technik, während wir gleichzeitig an anderer Stelle über Leistungskürzungen im Gesundheitswesen diskutieren oder Beiträge erhöhen müssen. Ein zunehmend größer werdender Teil dieses Kuchens geht demnächst an die IT-Industrie. Aber die Mittel sind nun mal begrenzt und wir haben ganz andere Probleme.

WELT: Die da wären?

Meißner: Wo soll ich anfangen? Klinikschließungen, Hausärzte, die aufgeben, Medikamente, die nicht lieferbar sind, auch die Pflege wird unbezahlbar. All das wird man nicht mit Digitalisierung beheben können. Manchmal heißt es auch, dass man dadurch den

Fachkräftemangel auffangen will. Das mag in einzelnen Branchen auch funktionieren. Aber die noch verbliebenen Ärzte haben dadurch ja nicht automatisch mehr Zeit, um dann womöglich noch Telemedizin am Abend oder wann auch immer betreiben zu können. Denn das Wartezimmer ist ja trotzdem weiterhin voll.

WELT: Sie sind aber auch kein grundsätzlicher Technikverweigerer, die Telesprechstunde bieten Sie ja an?

Meißner: Ja. Natürlich arbeite ich mit dem Computer. Ich biete auch eine Videosprechstunde seit der Corona-Pandemie an. Es sind nur wenige Fälle, aber in manchen Situationen ist das sinnvoll. Wir rechnen auch digital ab. Da haben wir seit mehr als zehn Jahren eine große Vereinfachung bei der digitalen Quartalsabrechnung. Aus der Praxis heraus gibt es also Neuerungen, die sinnvoll Abläufe vereinfachen. Da hat, glaube ich, niemand was dagegen.

„Mich macht es wütend, dass diese Neuerungen mit Zwang erfolgen"

WELT: Eine Wahl haben Sie bei dem Thema aber ja gar nicht?

Meißner: Nein. Mich macht es wütend, dass diese Neuerungen mit Zwang erfolgen. Ärzte werden quasi zum Anschluss an das Datennetz gezwungen. Mir wird seit mehr als vier Jahren das Honorar um 2,5 Prozent gekürzt, weil ich nicht an das sogenannte Telematiksystem angeschlossen bin, über das die E-Akte befüllt werden soll und jetzt schon das E-Rezept und die Krankschreibung laufen. Und nun werden in meinen Augen auch noch die Patienten dazu gezwungen, eine elektronische Patientenakte zu haben. Die meisten werden es zwar kaum mitbekommen. Oder sie werden überfordert sein von den Widerspruchsrechten. Die Daten aber fließen fortan automatisch und pseudonymisiert ab (***Anmerkung der Red.: z. B. Nummern statt Namen***), an die Forschung und in den europäischen Gesundheitsraum. Hier sollen dann europaweit Gesundheitsdaten zur Verfügung stehen, aber nicht nur zur Behandlung, sondern auch für Forschung, Politikgestaltung und Zwecke öffentlichen Interesses, was immer das sein könnte.

WELT: Der Titel Ihres Buches lautet „Das Ende der Schweigepflicht". Wie meinen Sie das?

Meißner: In dem Moment, wo ein Arzt zukünftig die Gesundheitskarte in sein Lesegerät steckt, wird automatisch die ePA geöffnet. Somit sind alle Befunde für ihn sichtbar, außer der Patient hat vorher – auf einem eher komplizierten technisch Weg – die Zugriffsmöglichkeiten für einzelne Ärzte blockiert.

WELT: Gut, aber immerhin scheint das möglich zu sein?

Meißner: Die Einschränkungen bei der Einsicht können aber nur elektronisch vorgenommen werden, also am Tablet oder auf dem Smartphone. Das braucht man auch, um eigene Dokumente in die ePA zu laden oder dort zu löschen. Das grenzt bestimmte Menschen von vorneherein aus. Sprich: Die Patienten brauchen für die Steuerung ihrer Akte die neuesten Geräte, die sich gerade meine Klientel oft nicht leisten kann. Es wird ihnen somit schwer gemacht, Grundrechte wahrzunehmen, ein Malus, den übrigens auch der Datenschutzbeauftragte schon bemängelt hat. Aber zurück zur Schweigepflicht.

WELT: Gerne …

Meißner: Dass die Daten aus dem Praxisverwaltungssystem automatisch in die elektronische Patientenakte fließen, dann in die Forschung oder in den besagten europäischen Datenraum – all das sind Abläufe, die kaum überschaubar sind. Auch da wird die Schweigepflicht meiner Ansicht nach zumindest tangiert. Und wenn Gesundheitsminister Lauterbach dann wie jüngst noch darüber visioniert, dass die Gespräche mit dem Arzt fortan via KI direkt in die Akte fließen, ist das mehr als bedenklich. Das mag in Tech-Kreisen eine Wunsch-Fantasie sein. Aber da spricht doch unser Gesundheitsminister! In meinen Augen zerstört Karl Lauterbach mit so einem Vorhaben die ärztliche Schweigepflicht.

Beschwerden, die in die „psychosomatische Ecke“ geschoben werden

WELT: Werden wir konkret. Sie selbst haben mit Patienten zu tun, die eine Angststörung haben oder depressiv sind. Wie gehen die mit dem Thema um?

Meißner: Also gerade gestern hat mich einer Patientin gefragt, ob sie denn Nachteile

befürchten muss, wenn sie jetzt bei einem anderen Arzt sagt, sie möchte zum Beispiel weiterhin ein Papier und kein E-Rezept. Viele meiner Patienten wollen das. Sie wollen weiterhin ein Papier in der Hand haben, um ihre Verordnung kontrollieren zu können. Steht da das richtige Medikament, vielleicht auch die Firma? Man hat sich ja auch gewöhnt an das Präparat. Wenn jemand dann noch, so wie meine Patienten, unter Ängsten leidet oder paranoid ist, dann braucht mit denen gar nicht über das Thema sprechen. Für diese vulnerable Personengruppe soll es aber immerhin noch mal eine gesonderte ärztliche Beratung geben, bevor die Daten hochgeladen werden.

WELT: Spielen wir ein weiteres Szenario durch: Ein Orthopäde sieht dank ePa, der Patient hat Depressionen – könnte da plötzliche die Diagnose „Psychosomatiker“ erfolgen?

Meißner: Exakt, das passiert zum Teil ja schon heute. Wenn meine Patienten erwähnen, dass sie beim Psychiater in Behandlung sind, werden Beschwerden in Knochen und Gelenken sehr schnell in eine psychosomatische Ecke geschoben. Man muss in jedem Einzelfall prüfen. Und klar, wenn das dann automatisch in der ePA aufploppt und der Patient vielleicht gar nicht weiß, dass der Arzt in der Akte jetzt gesehen hat, dass da eine psychiatrische Diagnose steht, dann merkt der Patient nur, dass der Arzt plötzlich anders mit dem Patienten umgeht. Womöglich wird man dann relativ schnell abgefertigt und der Patient weiß gar nicht, was da eigentlich jetzt los ist.

WELT: Ein weiterer Kritikpunkt ist die Datensicherheit. Höchste Standards seien garantiert, heißt es. Dennoch schildern Sie in Ihrem Buch einen Fall aus Finnland, wo Daten von Psychotherapiepatienten betroffen waren. Damals gab es sogar Suizide.

Meißner: Betroffen waren damals über 30.000 Patienten eines Psychotherapiezentrums, die an mehreren Standorten behandelt wurden. Ein Hacker hatte sich Zugriff auf die Server verschafft und die Patienten mit dem erbeuteten Material erpresst. Er drohte damit, Daten, also Diagnosen und Therapieverläufe, ins Netz zu stellen und hat das laut Medienberichten auch getan. Einige der Betroffenen haben Suizid begangen, der Verursacher wurde glücklicherweise gefasst. Aber bitte verstehen Sie mich nicht falsch: Ich glaube unserer Regierung tatsächlich, wenn sie sagt, wir haben sehr hohe Sicherheitsstandards.

WELT: Aber?

Meißner: Auf der anderen Seite ist es so, dass das die Bundesdatenschutzbeauftragte und auch das BSI (***Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik***) jetzt nur noch informiert werden, also letztlich „nur“ ins Benehmen gesetzt werden, aber eben nicht mehr einverstanden sein müssen mit Änderungen. Darin liegt meiner Ansicht nach schon eine Schwächung des Datenschutzes vor. Auch der frühere Bundesdatenschutzbeauftragte Ulrich Kelber hat am Schluss seiner Amtszeit explizit eine Minderung des Sicherheitsniveaus bei der ePA kritisiert. Ich bin kein IT-Experte, ich bin Mediziner und wollte das auch werden, nicht Informatiker. Trotzdem werden wir Ärzte letztlich dazu gezwungen, uns jetzt mit diesen Themen zu beschäftigen. Auch das ist eigentlich ein Unding.

WELT: Welches System hätte Ihnen denn besser gefallen? In Großbritannien etwa hat der NHS eine eigene App. Dänemark wiederum lässt Ärzte die Daten einsehen, nicht aber die Industrie.

Meißner: Ich würde mir ein Modell wünschen, wo Daten zwar gesammelt werden, aber dezentral und vor allem auch ohne Zwang und ohne automatische Weiterleitung an die Forschung. Das System sollte zudem möglichst viele Menschen mitnehmen und nicht primär an ökonomischen Interessen orientiert sein. Vor drei Jahren sagte Andreas Gassen, der Chef der Kassenärzte, noch, die ePA sei eine Antwort auf Fragen, die niemand gestellt hat. Ich sage: Wenn man es schon machen will, dann weiterhin bitte freiwillig. Gut wäre es gewesen, die ePA erst mal zu Behandlungszwecken einzuführen. Über eine sinnvolle und gezielte Verwendung einzelner Daten für Forschung hätte man später noch reden können, nach Korrektur etwaiger Fehler, wie sie immer auftreten. In meinem Buch zitiere ich zudem Experten, die sagen, die Daten aus der ePA und auch aus den Praxisabrechnungen sind viel zu schlecht, um damit vernünftig zu forschen.

Der mögliche Zwang zur „Datenspende“

WELT: Können Sie das erläutern?

Meißner: Die quartalsweisen Abrechnungszahlen leiten wir Ärzte ja sowieso an die Krankenkassen weiter, sonst bekommen wir kein Honorar. Diese Daten fließen aber neuerdings weiter an das staatliche Forschungsdatenzentrum, und das übrigens ohne jegliche Widerspruchsmöglichkeiten für Patienten. Ich würde es aber als gefährlich

ansehen, damit oder mit Rezeptdaten aus der ePA nun Forschung zu betreiben. Ob der Patient das Medikament wirklich genommen hat, steht da nicht drin. Und manchmal verordnen wir Medikamente ja unter dem Gesichtspunkt, dass wir nicht regresspflichtig werden oder entgegen der Diagnose.

WELT: Wie ist das zu verstehen?

Meißner: Ein Beispiel: Johanniskraut. Früher konnte man das nur bei einer mittelgradigen, nicht aber bei einer leichten Depression verordnen. Wenn man das aber trotzdem verschrieben hat, konnte es schon mal Nachfragen geben. Also hat man als Arzt womöglich doch eine mittelgradige Depression diagnostiziert. Solche Verordnungsdaten sind doch unbrauchbar für eine Forschung, und das betrifft in ähnlicher Art und Weise eben auch die Daten aus der ePA. Fragen wie „Wie gut ist ein neues Medikament im Vergleich zu den bisherigen?“ kann man auf dieser Basis nicht sinnvoll erforschen, haben Studien gezeigt.

WELT: Noch einmal zurück zur Freiwilligkeit. Corona ist noch nicht so lange her, da hieß es quasi: Impfen ist erste Bürgerpflicht. Befürchten Sie so ein Szenario jetzt auch bei der elektronischen Patientenakte? Druck à la: Geben Sie Ihre Daten jetzt ab, sonst sind Sie unsolidarisch?

Meißner: Es gab bereits Stellungnahmen, die in die Richtung gehen, wenn auch aus dem Bereich der Gesundheitsökonomie. Da wurde schon angedeutet, dass doch die Patienten jetzt bitte solidarisch ihre Daten zur Verfügung stellen sollen, weil ja auch das Solidarsystem für höhere Behandlungskosten aufkommt. Das finde ich gefährlich. Oft wird auch mit dem Stichwort „Datenspende“ gearbeitet. Aber das, was ich nicht ganz freiwillig mache, kann ja keine Spende sein, sondern ich werde letztlich genötigt. Die Bürger sind meiner Ansicht nach sicherlich bereit, auch Daten für die Forschung bereitzustellen. Aber sie wollen schon wissen, für welche Projekte und ob da jemals ein Nutzen zurückfließt.

Andreas Meißner. Die elektronische Patientenakte – Das Ende der Schweigepflicht, Westend Verlag.