

## Kritische Betrachtung zur Einführung der Telematikinfrastruktur

# Technik statt Gespräch – cui bono?

Versichertenstammdatenmanagement, elektronische Ausweise und Konnektoren werden kommen – viele Kassenärzte wurden darüber in letzter Zeit von ihrer KV informiert. Frühere Proteste der Ärzteschaft sind abgeklungen, wohl auch aufgrund von Verdrängung und falscher Hoffnungen auf ein Scheitern. Ein Weckruf.

**E**rst dieser Tage wunderte sich eine Patientin in der Praxis beim Besprechen von Wechselwirkungen, dass ihre anderen Ärzte sie eigentlich nie nach ihren Medikamenten fragen würden, die sie sonst noch einnehme. Auch das soll nun die Telematikinfrastruktur erleichtern, die vor Kurzem noch zu scheitern schien.

### Erhoffter Nutzen

Im Dezember verkündete die KV Bayern [1], dass es nach langwierigen Geburtswehen in den Endspurt gehe: „*In der fortschrittlichen Welt geht es immer technischer zu.*“ Was aber ist der erhoffte Nutzen dieses Fortschritts? Ansporn zur Einführung war eine Verbesserung des Informationsflusses zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen, damit Todesfälle wie nach dem Lipobay-Skandal 2001 nicht mehr vorkommen. Infolge einer Studie der Unternehmensberatung Roland Berger wurde die elektronische Gesundheitskarte (eGK) entwickelt, deren Vorteile in Verbindung mit dem 2016 verabschiedeten E-Health-Gesetz das Bundesgesundheitsministerium auf seiner Homepage beschreibt. So sollen die administrativen Daten der Versicherten online aktualisiert werden, sodass immer neueste Daten vorlägen. Auch lebensrettende Notfalldaten mit Informationen zu Allergien und Vorerkrankungen könnten gespeichert werden, ebenso ab 2018 der jetzt schon vorgeschriebene elektronische Medikationsplan, was die Situation bei Wechselwirkungen verbessern könnte. Ab 2019 würden alle Informationen in einer elektronischen Patientenakte bereitgestellt. Patienten sollen dann selbst Daten einsehen, sich ausdrucken oder wieder löschen lassen können. Verpflichtend würden nur die Verwaltungsdaten gespeichert.

### Wachstum für wen?

Noch Anfang August beriefen sich etliche Medien auf hochrangige Mitarbeiter von Ärzteverbänden und gesetzlichen Krankenkassen, denen zufolge es in der Bundesregierung Pläne gebe, die eGK nach der Bundestagswahl für gescheitert zu erklären [2]. Bis dahin erfolgte Investitionen von 1,7 Milliarden € wären also in den Sand gesetzt gewesen. Aber zugleich wurde die Rettung der eGK gefordert, weil die Digitalisierung des Gesundheitswesens ein wichtiger Wachstumsfaktor für die Branche und für Deutschland sei [3]. Spätestens hier darf, bei allem Verständnis für die wohlgemeinten Innovationen, die Kritik ansetzen, kommt sie wohl wahrscheinlich auch viel zu spät. Ganz abgesehen von grundsätzlichen Zweifeln am expansiven Wachstumsgedanken [4] ist überdies zu fragen, für welche Branche die Tele-

matik wirklich profitabel ist, wie schon 2011 diskutiert wurde [5].

### Drohende Monopolstrukturen

Im Oktober wurde gemeldet, dass heimlicher Profiteur des bisherigen Desasters um die eGK die CompuGroup sein werde, als bisher einziger zugelassener Anbieter für den Konnektor, der zum Aufbau der verschlüsselten Verbindung zur Telematikinfrastruktur notwendig ist [6]. Das Fax der KV Bayern vom 7. Dezember 2017 zu deren Einführung bestätigt dies, denn als Konnektor wird nur das Gerät des Unternehmens KoCo Connector GmbH aufgeführt, das Anfang 2017 mit Erwerb der letzten Anteile vollständig in den Besitz der CompuGroup Medical (CGM) übergegangen ist. Diese wiederum belegt derzeit mit den Programmen Turbomed, Medistar, CGM M1 Pro und Albis die Plätze 3 bis

Wird das Gespräch zwischen Arzt und Patient durch die Gesundheitstelematik noch mehr in den Hintergrund gedrängt?



6 der bayerischen KV Bayern-Top-Ten der Praxisverwaltungssysteme. Mit einem Marktanteil von 27,7% ist die CGM sogar Spitzenreiter. Zurzeit sind 5.165 Praxen in Bayern mit Software dieses Unternehmens ausgerüstet. Im Finanzbericht zum ersten Quartal 2017 gibt die CGM denn auch stolz 87.000 Ärzte und Zahnärzte bundesweit als Kunden ihrer Arzt- und Zahnarztinformationssysteme an. Dementsprechend macht die Firma ihren Aktionären große Hoffnungen [7]:

*„Schätzungsweise 225.000 Teilnehmer der Gesundheitsbranche in ganz Deutschland sollen im Zeitraum bis 2018 versorgt werden. Mit einem vollständigen Rollout hat CGM die Möglichkeit, neue eGK-kompatible Onlinezugangprodukte zu vermarkten, insbesondere an alle bestehenden zirka 64.000 Kundenstandorte in Deutschland. Noch wichtiger: Die Einführung der Telematikinfrastruktur passt perfekt zur Strategie der CGM, weitere Produkte und Dienstleistungen, wie eServices, ePrescriptions, eLabOrder, Ärztenetzwerke, Online-Behandlungspfade, Hosting-Dienste etc. für ihre Kunden zur Verfügung zu stellen.“*

### Verdrängung und Ahnungslosigkeit

Den Autor dieser Zeilen eingeschlossen haben bisher viele Kollegen diese Themen verdrängt und die Misserfolgsmeldungen der letzten Jahre wohlwollend zur Kenntnis genommen. Jetzt aber verursachen Begriffe wie Versichertenstammdatenmanagement, elektronischer Arzt- und Praxisausweis, virtuelle private Netze, Konnektoren und Security Module Cards regelrecht Schwindelattacken, wie ein Kollege kürzlich meinte. Die Vorfreude auf den technischen Fortschritt hält sich bei vielen Kollegen – anders als bei der CGM – also in Grenzen. Während etliche Patienten heute schon ihre sensiblen Daten in bereits am Markt befindlichen über 14.000 deutschsprachigen Gesundheits-Apps [8] freiwillig zur Verfügung stellen, oft auch in der Hoffnung auf Beitragsrabatte, ist es etwas anderes, wenn Ärzte durch Dekret oder finanzielle Abzüge nun genötigt werden, für Krankenkassen die Stammdaten der Versicherten abzugleichen, Gesundheitsdaten digital zu speichern und online zu kommunizieren.

### Kommunikation – aber wie?

Was das Eingangsbeispiel und den Lipobay-Skandal betrifft: Zur Überprüfung von Wechselwirkungen existieren heute schon gute Datenbanken (etwa psiac.de), die noch besser in die alltäglichen Abläufe eingebaut werden könnten. Der elektronische Medikationsplan, der ab 2018 auf dem Kartenchip gespeichert werden soll, kann, sofern er nicht zu überzogenen Softwarekosten führt, verwendet werden, ohne dass nun zusätzliche Geräte oder eine aufwändige Vernetzung nötig wären. Denn die zuweilen trügerische Hoffnung auf technische Lösungen, oft entropisch mit viel Input und wenig Output verbunden, ist in der Medizin gut bekannt. So wären laut einer Studie der Bertelsmann-Stiftung von jährlich mehr als 38 Millionen rücken-schmerzbedingten Besuchen bei Haus- oder Fachärzten und den dabei veranlassten sechs Millionen Bildaufnahmen viele vermeidbar [9]. Zur Klärung oft unrealistischer Erwartungen von Patienten an Untersuchungen durch Geräte sind jedoch Gespräche nötig, die Zeit kosten und honoriert werden müssen, bei aller Technisierung allerdings eher einen noch geringeren Stellenwert bekommen als bereits bislang.

Christoph Goetz, Arzt, Informatiker und Leiter des Bereichs Gesundheitstelematik bei der KV Bayern wiederum betont, dass es vor dem Hintergrund der unaufhaltbaren generellen Entwicklung hin zur Digitalisierung speziell im Gesundheitswesen um die Frage geht, wie hieran Beteiligte untereinander kommunizieren können, und dies gesichert [10]. Ist es aber nicht ein Armutszeugnis für uns Ärzte, dass wir, weil wir offenbar oft unfähig oder zu träge sind, miteinander zu reden oder informative Briefe zu schreiben, den sinnvollen Informationsfluss nun technisch aufgezwungen bekommen? Was den Anreiz, zum Telefonhörer zu greifen, zusätzlich schmälern wird und zudem mit immensen Kosten verbunden ist. Die nötigen finanziellen Mittel, so Goetz, kommen aus dem GKV-Topf, würden aber weniger als 1% der Gesamtvergütung ausmachen, sodass dies bei den Honoraren nicht zu spürbaren Veränderungen führen werde.

Wie aber wäre es ganz naiv und banal mit Honoraranreizen zur Förderung von

direkten Gesprächen, auch denen zwischen Kollegen? Der Arztbrief könnte wieder gesondert bezahlt werden, anstatt in Pauschalen aufzugehen. Auch ein konsiliarisches Telefonat zwischen Kollegen sollte abgerechnet werden können (sofern nicht viele Kollegen jeden Plausch als erstattungsfähig ansehen). Denn Kommunikation muss immer erst gedacht und gewollt sein, um stattfinden zu können, neue Technik wird dies nicht ändern.

Ganz altmodisch und analog könnte auch die Einführung eines immer mitzubringenden Gesundheitsheftes (entsprechend Allergieausweis, Impfpass oder Tumornachsorgeheft) mit eingetragenen Vorerkrankungen sowie eingetragtem aktuellen Medikamentenplan und Blutbefunden hilfreich sein. Damit wäre auch dem Notarzt geholfen, der im Ernstfall keine Zeit hat, sich minutenlang durch Computerangaben zu klicken, und dazu in der Wohnung des Patienten, zu der er gerufen wurde, wahrscheinlich gar nicht die Möglichkeit hat.

### Bildschirm statt Gesprächszeit?

In der Praxis aber werden wir während der sowieso schon geringen Gesprächszeit noch mehr davon in den Bildschirm starren, elektronische Patientenfächer sortieren und damit dem Patienten unbeabsichtigt suggerieren, dass nicht er, sondern die technische Verwaltung seiner Daten wichtig ist. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient, oft in Vergessenheit geratenes Behandlungs- und Heilmittel, wird dadurch eher beeinträchtigt werden. Ein hierzu 2006 im Deutschen Ärzteblatt erschienener Beitrag hat nichts an Aktualität verloren [11]. Allenfalls die gemeinsame Ohnmacht angesichts der nicht mehr durchschaubaren Technik, die noch abhängiger macht von Spezialisten und anfälliger wird gegenüber Stromausfällen oder Hacker-Angriffen, könnte die Beziehung zwischen beiden wachsen lassen.

Denn es ist darauf hinzuweisen, dass es eine 100%ige Sicherheit in der Informationstechnik nicht gibt, so Bernhard Breil, Professor für Gesundheitsinformatik an der Hochschule Niederrhein [12]. Demnach sind nicht nur zentral gespeicherte Daten, sondern auch solche, die auf vielen verschiedenen Rechnern liegen, nicht unbedingt geschützt. Allein

in den USA haben Hacker seit 2009 bei verschiedenen Angriffen Gesundheitsdaten von über 120 Millionen Patienten in ihren Besitz gebracht [12].

Es erstaunt dann schon, wie blauäugig trotzdem derzeit viele Haushaltsgeräte, Telefonanschlüsse, ICE-Züge und demnächst eben auch Arztpraxen an das Internet gehängt werden, zumal aktuell bereits in den USA durch die von Trump beschlossene Abschaffung der Netzneutralität digitale Kriech- und Überholspuren geschaffen werden [13]. Die Abhängigkeit von Spezialisten wiederum erleben wir tagtäglich in den Praxen, wenn etwa die ebenso aufgezwungene Umstellung der Telefonanlage auf Voice over IP (VoIP) nicht funktioniert oder das letzte Software-Update zu Fehlern im Praxisablauf führt – und die Hotlines nicht erreichbar oder überlastet sind.

Dazu als Exkurs ein aktueller Erfahrungsbericht: Just die CGM-Turbomed meldete Mitte November per Fax an ihre Kunden, dass aufgrund eines aktuellen Microsoft-Windows-Updates in vielen Praxen die Epson-Nadeldrucker nicht mehr funktionieren würden. Nachdem die gefaxte Reparaturanleitung keinen Erfolg gebracht hatte, ergab der direkte Online-Chat mit Epson die Information, dass das Problem weltweit bestehe und mit Hochdruck an einer Lösung gearbeitet werde. Man möge die E-Mail-Adresse angeben, um darüber dann informiert zu werden. Vier Wochen später kann Epson jedoch immer noch nicht sagen, wie lange es bis zu einer Problemlösung dauern wird. Man sei ja schon in den entsprechenden Verteiler aufgenommen, über den diese dann mitgeteilt werde, so die lapidare Aussage. Und auch Turbo-med hat entgegen der ursprünglichen Ankündigung noch nicht mitgeteilt, wann denn die von ihnen anfänglich empfohlene Windows-Update-Sperre wieder aufgehoben werden kann.

### Zeitdruck und Sanktionen

Digitalisierung und Vernetzung sind nicht grundsätzlich zu verteufeln, müssen aber auch für den ärztlichen Laien handhabbar bleiben, wollen wir nicht künftig auch noch IT-Spezialisten anstellen müssen. Eine aktuelle Studie der Hans-Böckler-Stiftung bei Krankenhausangestellten ergab zwar Vorteile der

Digitalisierung für die Zusammenarbeit mit anderen Krankenhausabteilungen, die konkreten Veränderungen im Bereich Kommunikation jedoch sind auffallend begrenzt geblieben, da Informationen über Patienten weiter zu über 50 % mündlich ausgetauscht oder auf Papier dokumentiert werden [14]. Häufig wurde mehr Zeitdruck beklagt sowie das Gefühl, häufiger bei der Arbeit gestört und kontrolliert zu werden. Weniger als 30 % der Befragten fühlten sich rechtzeitig und umfassend über digitale Neuerungen informiert, nur 15 % wurden bei der Entwicklung technischer Lösungen umfassend beteiligt. Es mögen auch im ambulanten Sektor neben Zweifeln an der Sicherheit auch diese mangelnde Partizipation bei der Entwicklung und die dann aufgezwungene Übernahme des fertigen Systems sein, die das Unbehagen an der Online-Vernetzung verstärken.

Während Krankenkassen sich über Arbeitsentlastung freuen dürfen und Personal einsparen können (und IT-Anbieter wohl nicht zu Unrecht das große Geschäft wittern), sind BÄK und KVen zwar an der Entwicklung der Telematik beteiligt, es scheint aber eine große Kluft zwischen den Interessen der Funktionäre und den Nöten der Kassenärzte zu bestehen. Diese wiederum werden noch mehr Zeit am Computer verbringen, mit Updates und Hotlines kämpfen, und die 1 %ige Honorarkürzung natürlich vermeiden wollen, die ihnen im Falle unfolgsamen Verhaltens droht. Vielleicht tun Arzt und Patient gut daran, sich auf das minimal Notwendige, nämlich die Speicherung der Versichertenstammdaten zu beschränken. Leider müssen auch dafür die Geräte und Ausweise eingeführt werden.

### Ganz andere Probleme drängen

Die Entwicklung geht aber letztlich an den Problemen vieler Ärzte vorbei. In den Kliniken herrscht Personalmangel, viele Arztstellen können nicht besetzt werden, die Aufgaben nehmen durch die Abrechnungsmodalitäten und kürzere Liegezeiten zu. Im ambulanten Bereich können auf dem flachen Land viele Kassensitze nur schwer wieder besetzt werden, in der Radiologie etwa drücken immer mehr Konzerne auf den Markt,

sprechende Medizin ist weiter zu schlecht honoriert, Terminnöte auch in vermeintlich überversorgten Gebieten sind die Regel. Auf die Online-Vernetzung aber hat kaum ein Neurologe oder Psychiater sehnsüchtig gewartet.

Während der Deutsche Ärztetag noch 2010 mit deutlicher Mehrheit von 82 % der Delegierten forderte, das Projekt der eGK aufzugeben, erscheinen jetzt Proteste gegen die Gesundheitstelematik nahezu zwecklos. Gut heißen muss man sie deswegen trotzdem nicht. Kommunizieren untereinander und mit Patienten ginge einfacher, wie deutlich wurde. Auch für die Rettung von Menschenleben ist anderes Engagement möglich, etwa eine Entschließung des Ärztetages für ein generelles Tempolimit auf deutschen Autobahnen, das auch von einer deutlichen Mehrheit der Deutschen befürwortet wird [15] und definitiv Leben retten könnte [16, 17], von anderen Gesundheitsbelastungen wie Lärm, Stickoxiden, Feinstaubbelastung oder Klimaschäden ganz zu schweigen.

Bei Betrachtung der Telematik muss am Rande auch an bekannte Folgeschäden der Digitalisierung erinnert werden, wie etwa Stress, Empathieverlust, Depressionen oder Aufmerksamkeits- und Schlafstörungen [18], wovon auch Ärzte nicht gefeit sind. Zuviel Tätigkeit am Bildschirm tut auch uns nicht gut. Rasant sich vollziehende Entwicklungen aber wie Telemedizin, Online-Psychotherapie oder Sprachanalyseprogramme zur Messung therapeutischer Fortschritte [19] werden die Digitalisierung unserer Praxen weiter vorantreiben.

Schöne neue Welt! Es empfiehlt sich daher, nicht nur auf baldigen Ruhezustand zu hoffen, um mit all dem nichts mehr zu tun haben zu müssen, sondern wachsam zu bleiben – und nicht von vornherein alle Neuerungen als sowieso nicht zu vermeidende Übel zu akzeptieren. □

### Literatur

[www.springermedizin.de/neurotransmitter](http://www.springermedizin.de/neurotransmitter)

### AUTOR

**Dr. med. Andreas Meißner, München**  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
E-Mail: [psy.meissner@gmx.de](mailto:psy.meissner@gmx.de)

### Literatur

1. Goetz C. Grundpfeiler der Telematikinfrastruktur. KVB-Forum 12/2017: 6-8.
2. Elektronische Gesundheitskarte offenbar vor dem Aus, SZ, 06.08.2017.
3. Ludwig K. Die elektronische Gesundheitskarte muss gerettet werden, SZ, 07.08.2017.
4. Meißner A. Mensch was nun? Warum in Zeiten der Ökokrise Orientierung notwendig ist, Oekom, München, 2017.
5. Bartens W. Kranke behandeln, nicht Krankheiten, SZ, 01.10.2011.
6. Rosenbach M, Schmergal C. Einer wird gewinnen, Der Spiegel, 43/2017.
7. CompuGroup Medical SE. Finanzbericht 1. Januar – 31. März 2017, 04.05.2017, online unter: <http://www.equitystory.com/Download/Companies/compugroupmed/Quarterly%20Reports/DE0005437305-Q1-2017-EQ-D-00.pdf>.
8. Krüger-Brand H. Gesundheits-Apps – Eine Frage des Vertrauens. Dtsch Ärztebl 2017, 114 (41): A1857-1858.
9. Bertelsmann-Stiftung. „Faktencheck Rücken“, 2016, zitiert nach: Bartens W. Tut so weh, SZ, 23.11.2016.
10. Persönliches Gespräch, 15.12.2017.
11. Groß C. Gesundheitstelematik – Folgen für die Arzt-Patient-Beziehung, Dtsch Ärztebl 2006, 103 (51-52): A3469-3471.
12. Ciesielski R. Patientendaten in Deutschland sollen vernetzt werden, digitalpresent.tagesspiegel.de, 13.07.2016.
13. Graff B. Digitale Überholspur, SZ, 13.12.2017.
14. Hans-Böckler-Stiftung. Digitalisierung im Krankenhaus, Zwischen Arbeitserleichterung und zusätzlicher Hetze, Pressemitteilung, 11.12.2017.
15. Wille J. Mehrheit ist für ein Tempolimit auf deutschen Autobahnen, Frankfurter Rundschau, 13.11.2017.
16. Statistisches Bundesamt, Unfallentwicklung auf deutschen Straßen 2015, Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 12. Juli 2016 in Berlin.
17. Ministerium für Infrastruktur und Raumplanung Brandenburg, Studie für Brandenburg zeigt, Tempolimit macht Sinn, Pressemitteilung 174/2007.
18. Spitzer M. Cyberkrank, Wie das digitalisierte Leben unsere Gesundheit ruiniert, Droemer, München, 2015.
19. Wolf M, Sprachanalyse, Was ins Schema passt, Interview in SZ, 04.11.17.