

Digitalisierung

Der Umstieg auf digitale Technologien will im deutschen Gesundheitssystem einfach nicht gelingen. Für die Terminvergabe hängen Patient:innen in stundenlangen Warteschleifen ihrer Arztpraxen, ihre Gesundheitsdaten transportieren sie nicht in einer elektronischen Patientenakte, sondern auf einer CD von einem Arzt zum anderen, und der bundesweite Start des elektronischen Rezepts verläuft mehr als nur stotternd.

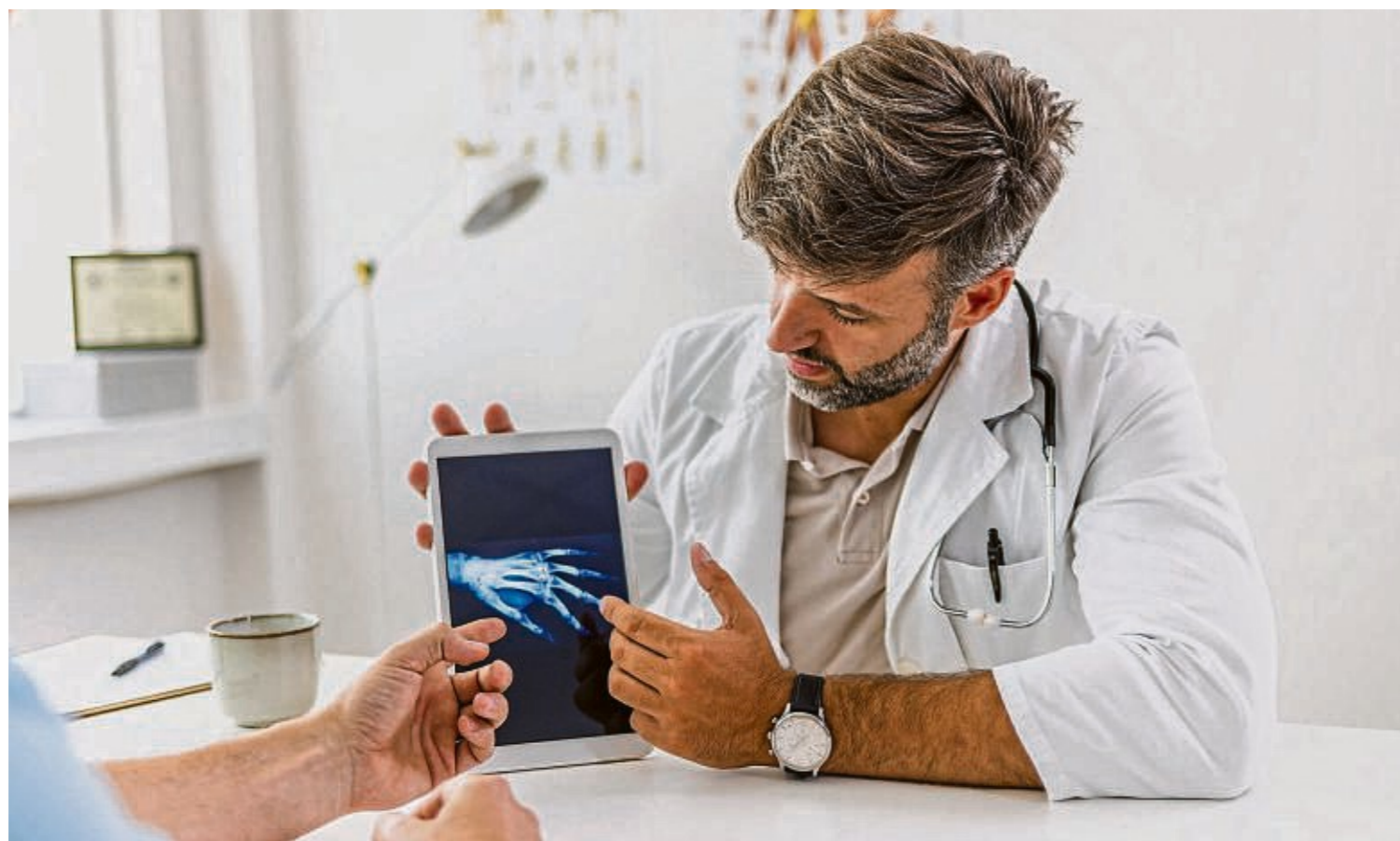
Die Suche nach Gründen führt immer wieder zu denselben Feindbildern. Für die einen ist es der Datenschutz, der die Digitalisierung mit zu viel Bürokratie angeblich im Keim erstickt. Andere machen die Ärztinnen und Ärzte verantwortlich, die sich aus vermeintlicher Bequemlichkeit den modernen Zeiten verschließen.

Doch ein genauere Blick zeigt, dass die Probleme bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems tiefer liegen. Thorsten Dirks, ehemaliger Vorstandsvorsitzender von Telefonica Deutschland, prägte 2015 ein Motto, das auf viele Digitalisierungsprojekte angewandt werden kann: „Wenn Sie einen Scheißprozess digitalisieren, dann haben Sie einen scheiß digitalen Prozess.“ Übertragen aufs deutsche Gesundheitssystem bedeutet das: Die Digitalisierung eines kaputten Systems überträgt dessen enormen Probleme bloß in eine digitalere Zukunft. Die Probleme bleiben also.

„Die Kosten werden uns um die Ohren fliegen“, sagt Claus Wendt, der als Professor für Gesundheitssoziologie an der Universität Siegen forscht. „Es beginnt ja gerade erst die Entwicklung, dass die demografisch schwächeren Jahrgänge in den Arbeitsmarkt hineinkommen. Da werden wir mit unserem Sozialversicherungssystem, das auf Erwerbstätigen basiert, enorme Probleme haben.“ Wenn weniger Menschen erwerbstätig sind, werden auch weniger Versicherungsbeiträge gezahlt, von der eine alternde Gesellschaft gesundheitlich versorgt werden muss – eine Rechnung, die irgendwann nicht mehr aufgeht.

Fachleute fordern deshalb, das System effizienter zu machen und damit die Kosten zu senken. Statt vielen kleinen soll es in Zukunft weniger, aber dafür größere Krankenhäuser geben. Kleine Praxen sollen zu Primärversorgungszentren zusammengefasst werden, die sich beispielsweise eine Verwaltung teilen können, um so effizienter zu werden.

Die Digitalisierung soll helfen, diese Reform überhaupt möglich zu machen. „Wenn weniger Einheiten da sind, muss man an die Notfallversorgung denken“, warnt Claus Wendt. „Sobald in Dänemark, einem Vorreiter in Sachen Digitalisierung, jemand im Krankenhaus aufgenommen wird, sind alle vorhergehenden Untersuchungsergebnisse schon in die elektronische Patientenakte eingepflegt.“ Für eine Notfallversorgung im Krankenhaus sei in so einem Fall also schon alles vorberei-



Digitale Geräte haben in den Alltag von Gesundheitseinrichtungen Eingang gefunden, es fehlt aber an einer grundlegenden Umstellung. IMAGO

Überfälliges Update für ein marodes System

Das deutsche Gesundheitswesen kommt an seine Grenzen. Digitalisierung tut not. Doch wenn die nicht nur Konzernen nutzen soll, müssen sich auch die Strukturen grundlegend ändern

Von Jana Ballweber

tet – eine Zeitersparnis zum aktuellen System, wo in der Notaufnahme oftmals bei Null angefangen wird. „Einige Wege zum Krankenhaus sind länger als vorher, aber man kann es so organisieren, dass die Zeit bis zum Beginn der Versorgung insgesamt verkürzt wird“, hofft Wendt. Ohne Digitalisierung kann die so dringend benötigte Reform der Versorgung nicht funktionieren.

Widerstand gibt es vor allem in der Ärzteschaft

Doch die Widerstände im deutschen Gesundheitssystem sind hoch. Weniger bei den Patient:innen, sagt Wendt. Die stundenlangen Umfragen zufolge einer Digitalisierung des Gesundheitssystems positiv gegenüber – auch wenn sie aktuellen Zahlen zufolge die digitalen Angebote bislang nur sehr zurückhaltend nutzen. Weniger als ein Prozent der Bevölkerung haben eine elektronische Patientenakte. Gesundheitsminister Lauterbach (SPD) will diese Zahl erhöhen, indem alle gesetzlich Ver-

sicherten automatisch eine Akte bekommen, außer sie widersprechen. In Staaten, die bei den Reformen schon weiter sind, könne man beobachten, dass die Digitalisierung die Autonomie der Patient:innen gestärkt habe, berichtet Wendt. „Es geht ja nicht nur darum, dass andere meine Daten haben und irgendwas damit machen. Die Patientinnen und Patienten haben selbst Einblick in ihre Daten und sehen auch, wer auf sie zugreift.“ In Deutschland seien Patient:innen dahingehend noch „völlig unmündig“.

Widerstand spürt Wendt vor allem aufseiten der Ärzteschaft. Nur fünf Prozent aller Praxen nutzen das elektronische Rezept, nur vier Prozent aller Mediziner:innen haben schon einmal eine digitale Gesundheitsanwendung verschrieben, so ein Bericht der Unternehmensberatung McKinsey vom Februar. Ende 2021 forderten die kassenärztliche Bundesvereinigung und der Deutsche Ärztetag gar ein einjähriges Digitalisierungsmoratorium. Als Hauptgrund für die Ablehnung vermutet Wendt die alltägliche Überlastung

die im Laufe von Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten anfallen, sollen in der elektronischen Patientenakte landen – möglichst vollständig und einheitlich. Und dann sollen sie auch der Forschung zur Verfügung stehen. Die Möglichkeit für eine sogenannte Forschungsdatenspende ist derzeit schon gesetzlich vorgesehen. Die Daten werden zukünftig im deutschen Forschungsdatenzentrum landen. Wissenschaftler:innen können dort einen Antrag stellen, um die Daten aus dem Forschungsdatenzentrum für ihre Studien zu nutzen. Noch ist das Zukunftsmusik, doch das Forschungsdatenzentrum soll voraussichtlich im Herbst dieses Jahres mit den Abrechnungsdaten der Krankenkassen starten und später auf die elektronische Patientenakte ausgeweitet werden – sofern das Gesetz, das aktuell juristisch angefochten wird, vor Gericht Bestand hat.

Auch auf EU-Ebene ist eine Initiative für eine stärkere Nutzung von Gesundheitsdaten im Gespräch. Der „Europäische Gesundheitsdatenraum“ soll nach Wunsch der EU-Kommission Gesundheitsdaten aller EU-Bürger:innen sammeln – aus elektronischen Patientenakten, von den Krankenkassen, aber auch aus Apps, Fitnessstrackern und allen möglichen Datenquellen, in denen gesundheitsrelevante Daten entstehen können.

Zugriff auf diese Daten hätten nach jetzigem Stand des EU-Entwurfs auch Konzerne, die mit kommerziellem Interesse im Gesundheitsbereich forschen. Die Daten werden dafür nicht immer anonymisiert. In manchen Fällen wird es möglich sein, einen Datensatz zu einer Person zurückzu-

Hundertprozentige Sicherheit gibt es bei digitalen Daten nicht

Zentrale Fragen zu Datenschutz und Datensicherheit sind im elektronischen Gesundheitssystem noch ungeklärt

5

PROZENT

der Praxen in Deutschland nutzen das digitale Rezept.

E-KARTE UND E-REZEPT

Die elektronische Patientenakte soll alle Daten, die bei Untersuchungen und Behandlungen anfallen, zusammenführen. Patient:innen sollen sie über eine App selbst einsehen, ergänzen und beim Arztbesuch für die Praxis freigeben können.

Das E-Rezept, kurz für elektronisches Rezept, ist seit Anfang 2022 für Praxen, Apotheken und Patient:innen Pflicht. Rezepte sollen elektronisch erstellt und als QR-Code ausgedruckt oder in eine App auf dem Smartphone übertragen werden. Doch es läuft noch nicht rund. Wegen eklatanter Datenschutzlücken und technischen Schwierigkeiten verzögert sich die Einführung.

Das Forschungsdatenzentrum soll Daten aller gesetzlich Versicherten zusammenführen und der Forschung zur Verfügung stellen. Ob es soweit kommt, ist unklar. Aktuell gehen Datenschützer:innen dagegen vor. Wegen des fehlenden Widerspruchsrechts sehen sie ihr Recht auf informationelle Selbstbestimmung gefährdet.

Die Telematikinfrastruktur (TI) ist das geschützte Netz, über das alle Akteur:innen im Gesundheitssystem sicher miteinander kommunizieren sollen. Die war in der Vergangenheit aber alles andere als zuverlässig. IT-Sicherheitsexpert:innen war es mehrfach gelungen, die TI zu knacken. Arztpraxen kämpfen immer wieder mit Systemausfällen, die im schlimmsten Fall den Praxisbetrieb lahmlegen können. Auch die hohen Kosten werden kritisiert.

Die „Apps auf Rezept“ können von den Krankenkassen für ihre Mitglieder bezahlt werden. Eine Woche nach dem Start fanden Fachleute die ersten Sicherheitslücken. Kritik gibt es außerdem an willkürlich überhöhten Preisen der Hersteller und am Verfahren, das feststellen soll, ob eine App überhaupt eine gesundheitsfördernde Wirkung nachweisen kann. jaba

VON JANA BALLWEBER

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen verlangt Patient:innen vor allem eines ab: Vertrauen in Institutionen und Technik, dass ihre sensiblen Gesundheitsdaten sicher sind. In kaum einem Bereich ist Datenschutz so essenziell wie bei Gesundheitsdaten. Werden Bankdaten oder Passwörter gestohlen, ist das für die Betroffenen unangenehm und oft mit finanziellem Schaden verbunden. Doch Bankdaten und Passwörter kann man wechseln. Gesundheitsdaten gelten jedoch ein Leben lang.

Eine chronische Erkrankung wird man nicht los, eine einmal vorgenommene Behandlung kann man nicht rückgängig machen, genetische Daten sind unveränderbar. Sind diese Informationen einmal in falsche Hände geraten, gibt es für die Betroffenen kein Zurück. Gesundheitsdaten listen gegebenenfalls auf, ob jemand zum Beispiel unter Depressionen leidet, einen Schwangerschaftsabbruch hat vornehmen lassen oder geschlechtsangleichende Operationen und solche Informationen könnten zum Anlass werden für Diskriminierung. Arbeitgeber:innen könnten Bewerber:innen vor der Anstellung auf Erkrankungen checken.

Um Menschen und Daten bestmöglich zu schützen, bedarf es eines hohen technischen Schutzniveaus. In der Theorie sollte der Gesetzgeber alle Akteur:innen im Gesundheitswesen, die mit dem Speichern von Gesundheitsdaten befasst sind, zu den höchsten IT-Sicherheitsstandards zwingen und dafür auch entsprechende Mittel zur Verfügung stellen. In der Praxis läuft das Interesse am Datenschutz aber oft dem Interesse an der Datennutzung zuwider. Außerdem vernachlässigt das Gesundheitssystem die IT-Sicherheit wegen finanzieller Engpässen sträflich.

Schon jetzt greifen Hacker:innen immer wieder die IT-Infrastruktur in Krankenhäusern an und legen Notaufnahmen lahm – eine direkte Bedrohung für die Sicherheit der Patient:innen. Ende des vergangenen Jahres hackten Kriminelle eine australische Krankenkasse und veröffentlichten Gesundheitsdaten von Millionen Versicherten im Netz. 2020 stahlen Hacker:innen in Finnland die Daten eines Psychotherapiezentrum und veröffentlichten Therapieprotokolle von Zehntausenden Patient:innen – offen einsehbar für Angehörige, Arbeitgeber und die interessierte Öffentlichkeit.

Digitale Angebote wie die elektronische Patientenakte senken nicht automatisch die Datensicherheit im Gesundheitswesen. Völlige Sicherheit kann es bei digitalen Daten ohnehin nicht geben. Software-Entwickler:innen können immer eine Sicherheitslücke übersehen haben, die dann von Kriminellen oder

Geheimdiensten ausgenutzt wird. Doch schon jetzt liegen viele Gesundheitsdaten in digitaler Form vor – auf den Rechnern der einzelnen Krankenhäuser und Arztpraxen, die im Zweifelsfall viel weniger gut gegen Angriffe gewappnet sind als eine Dateninfrastruktur, für die mehr Mittel vorhanden und einheitliche Standards vorgegeben sind. Diese kann im Zweifelsfall auch besser garantieren, dass die Daten jederzeit und überall verfügbar sind, sobald sie im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls gebraucht werden. Gleichzeitig würde sich eine Sicherheitslücke in einem System, in dem die Daten zentral an einem Ort gespeichert sind, viel gravierender auswirken, da die Daten aller Patient:innen auf einmal verloren gehen würde.

„Forschung“ gemeint ist, ist gesetzlich nicht genau festgelegt. Grundsätzlich räumt die Datenschutz-Grundverordnung der Forschung besondere Rechte für die Nutzung von Daten ein. Doch unter dem Aspekt der „Forschung“ könnten auch das Bundesgesundheitsministerium, die Krankenkassen, Verbände und andere Akteure Zugriff auf die Daten erlangen.

Gegen die Nutzung zu anderen Zwecken seien die Gesundheitsdaten gesetzlich nicht ausreichend geschützt, meinen Datenschutzorganisationen. Es gebe kein Gesetz, das es beispielsweise Strafverfolgungsbehörden verbietet, die Daten zu beschlagnahmen. Forscherinnen und Forscher haben kein Zeugnisverweigerungsrecht, wenn sie in einem Gerichtsprozess zum Inhalt der Daten, an denen sie forschen, befragt werden. Beim europäischen Gesundheitsdatenraum könnte die verpflichtende Datenweitergabe für die Forschung nicht nur für Abrechnungsdaten, sondern auch für Daten aus der elektronischen Patientenakte gelten. Auf EU-Ebene wird derzeit verhandelt, wie die Datenspende geregelt werden soll.

Obwohl hundertprozentige Sicherheit weder technisch noch gesetzlich garantiert werden kann, gibt es im deutschen Gesundheitssystem noch viel Verbesserungspotenzial für digitale Prozesse – seitens des Gesetzgebers und der Akteur:innen im Gesundheitswesen. Digitalisierung, Technologie und Forschungsdaten haben das Potenzial, das Gesundheitssystem besser zu machen. Um die Risiken für Patient:innen so gering wie möglich zu halten, muss ein Datenverlust so unwahrscheinlich wie möglich gemacht werden.

Die Befürchtung: Da das Forschungsdatenzentrum beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, einer Behörde des Bundesgesundheitsministeriums, angesiedelt ist, können die Entscheidungen über die Nutzung der Daten nicht unabhängig von der Politik getroffen werden. Denn was mit



Digitale Rezepte und Atteste sind praktisch und sparen Zeit, sie können aber auch Schlupflöcher für Datendiebe öffnen. IMAGO IMAGES