

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 4/2019 | Solibetrag: 5 Euro



**Digitalisierung ist die Antwort
Was war die Frage?**

- 4 *Carina Borzini*: Unsere Gesundheitsdaten im Überwachungskapitalismus
- 6 *Wilfried Deiß*: Die Arztgeheimnis-Cloud. Ein patientenorientiertes Plädoyer für mehr Demokratie und verständliche Begriffsbildung bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens
- 11 *Timo Beeker*: Keine harmlose Spielerei. Zur Digitalisierung in der Psychiatrie
- 13 *Wulf Dietrich*: Das Implantat Register Gesetz ... oder wie hebt man den Datenschutz aus
- 15 *Norbert Schmacke und Heinz-Harald Abholz*: Gesundheits-Apps – Strukturell autoritativ und tendenziell schädlich
- 19 *Benjamin Wachtler*: Gesundheits-Apps – Rückschritt durch technischen Fortschritt
- 20 *Elena Beier*: Mehr Heu als Nadeln. Werner Bartens entmystifiziert die Künstliche Intelligenz in der Medizin
- 21 *Deutscher Ethikrat*: Big Data und Gesundheit. Stellungnahme zu Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung
- 23 *Michael R. Krätke*: Kapital digital? Marx und die digitalen Zukünfte des Kapitalismus
- 27 *Nadja Rakowitz*: Analog – digital – total? Bericht über die JHV in Göttingen
- 28 *Felix Ahls, Peter Hoffmann und Tobias Hofmann*: Ratschlag des Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik«
- 30 *Jochen Dahm-Daphi / Marcial Velasco Garrido*: Bericht über eine Delegationsreise nach Südkurdistan (Nordirak)

Gesundheit braucht Politik – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdäa ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen vier Themenhefte pro Jahr zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Studentin oder Student für 10 Euro im Jahr zu abonnieren.

Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle: info@vdaee.de

- 11.01.2020 Treffen des **AK Krankenhausbeschäftigte** in Fulda (11-17 Uhr)
- 19.01.2020 **Vorstandssitzung des vdäa** in Frankfurt/Main
- 08.02.2020 **Treffen des Bündnis Krankenhaus statt Fabrik** in Hannover (11-17 Uhr)

Der vdäa

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützt den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin. Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den vdäa-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Felix Ahls, Elena Beier, Kai-Uwe Helmers, Thomas Kunkel, Eva Pelz, Nadja Rakowitz, Andrea Schmidt, Ben Wachtler, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 4/2019
ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
V.i.S.d.P. Thomas Kunkel / Bernhard Winter

Bilder dieser Ausgabe

Bilder dieser Ausgabe
Pixabay, Gerd Altmann, Kalhh, Wilfried Pohnke
Titel: Roman Klementschtz

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal

Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Fax 0 61 81 – 49 19 35
Email info@vdaee.de
Internet www.vdaee.de

Bankverbindung:
Postbank Frankfurt
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFFXXX

Satz/Layout Birgit Letsch
Druck Hoehl-Druck

Editorial

Seit dem im Sommer 2017 erstmals ein Themenheft von *Gesundheit braucht Politik* (GbP) zur Digitalisierung im Gesundheitswesen erschienen ist, hat die Dynamik dieser Umwälzung deutlich an Fahrt aufgenommen. Das ist nicht nur dem hyperaktiven Gesundheitsminister Spahn geschuldet, der in einem Rekordtempo mehr oder weniger durchdachte Gesetzesvorhaben vorlegt. Die Gier nach Gesundheitsdaten von Google und Co. hat längst das Gesundheitswesen erreicht. Schon lange greifen sie über kostenlose Gesundheitsapps Daten ab, um sie für Marketingzwecke zu gebrauchen. Gezielter agieren könnten die Konzerne allerdings, wenn sie die Daten aus Krankenakten mit Diagnosen und therapeutischen Maßnahmen nutzen könnten.

Ein Schritt in diese Richtung könnte das im November diesen Jahres im Bundestag diskutierte »Digitale Versorgung-Gesetz« sein. Turbomäßig soll die Errichtung einer Forschungsdatenbank mit wichtigen Kenndaten aller GKV-Versicherten durch die parlamentarischen Gremien durchgepeitscht werden. Ein individuelles Widerspruchsrecht wird es nicht geben. Welchen konkreten Nutzen diese Datenbank erbringen soll, bleibt nebulös. Sicher kann man davon ausgehen, dass es nur eine Frage der Zeit sein wird, dass auch privatwirtschaftliche Unternehmen darauf Zugriff erhalten. Es wird versucht, mit dem ideologischen Konstrukt einer »Datenspende« Versicherten die Nutzung ihrer (mitunter unfreiwillig) zu Verfügung gestellten Daten schmackhaft zu machen. Dennoch ist es für Patient*innen und professionell im Gesundheitswesen Tätigen schwer zu entscheiden, was für eine wie auch immer gedachte Gesundheit zuträglich ist oder wo die Intimsphäre dem Profit geopfert wird.

Was ist bei der Digitalisierung zu begrüßen? Wie kann man aber auch rote Linien bestimmen, die nicht überschritten werden dürfen? Wo sollten wir uns verweigern und wann aktiv Widerstand leisten? Fragen, die sich nicht so ohne weiteres beantworten lassen. Bereits auf dem diesjährigen Gesundheitspolitischen Forum von vdää und Solidarisches Gesundheitswesen e.V. versuchten wir, uns diesem Themenkreis anzunähern. In diesem Heft wollen wir dies zum einen dokumentieren, zum anderen an der

einen oder anderen Stelle die Debatte vertiefen: Michael Krätke beschreibt, welche Interessen aus marxistischer Sicht die Digitalisierung vorantreiben. Carina Borzini stellt die Thesen von Shoshana Zuboff zum Überwachungskapitalismus vor. Einen Kapitalismus, den Zuboff nicht überwinden will, sondern als einhegbar denkt. Wulf Dietrich beschreibt, wie der Gesetzgeber mit dem Implantatregistergesetz den Datenschutz aus seiner Sicht elegant aushebelt. Sicherlich ein Vorgehen, das für zukünftige Gesetzesinitiativen aufhorchen lässt. Wilfried Deiß legt dar, welche Art der Digitalisierung in der Arztpraxis für Patient*innen nützlich sein könnte und ab wann Ärzt*innen in Gefahr laufen, ihre Patient*innen digital zu schädigen. Mittlerweile gibt es auch eine Reihe empirischer Erfahrungen mit Gesundheitsapps, die sich wissenschaftlich überprüfen lassen. Norbert Schmacke und Heinz-Harald Abholz legen eine kritische Bilanz vor. Timo Beeker widmet sich der spezifischen Symptomatik der Digitalisierung in der Psychiatrie. Nadja Rakowitz resümiert die Diskussionen auf dem Gesundheitspolitischen Forum. Sicher ist, dass uns dieses Thema weiter beschäftigen muss.

Jürgen Kretschmer hat es auf der Tagung mit dem Bonmot »Digitalisierung ist die Lösung; was war eigentlich das Problem?« auf den Punkt gebracht. Dies könnte für weitere Debatten hilfreich sein.

Bernhard Winter

Das Titelfoto zeigt die »Weltmaschine«, die der Bauer aus der Steiermark, Franz Gsellmann, in den Jahren von 1958 bis 1981 gebaut hat. Sie erfüllt keinen erkennbaren Zweck und als sie fertig war, hat er sie mit einem Fragezeichen »gekrönt«. Das mag als Erklärung für unsere Auswahl zur Bebilderung eines Heftes über die Digitalisierung im Gesundheitswesen reichen. Eine Erklärung dafür, woher Gsellmann wusste, dass bzw. wann die Maschine fertig war, wird man auch beim Besuch der Maschine in dem Dorf Edelsbach in der Nähe von Graz vergeblich suchen. (Siehe <https://www.weltmaschine.at/>)

Unsere Gesundheitsdaten im Überwachungskapitalismus

Von Carina Borzim

Carina Borzim stellt uns Shoshana Zuboffs Thesen zum Überwachungskapitalismus vor. Zuboff diskutiert die ökonomischen Imperative und die sozialen Hintergründe des Datensammelns durch Konzerne wie Google u.a.

Laut Artikel 9 der *Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)* bilden Gesundheitsdaten eine »besondere Kategorie personenbezogener Daten« und sind damit in besonderem Maße geschützt (1). Umgangssprachlich handelt es sich bei Gesundheitsdaten um so genannte sensible Daten. Was macht unsere Gesundheitsdaten besonders wertvoll und schützenswert und was sind die sozialen und ökonomischen Interessen hinter der Digitalisierung im Gesundheitswesen? Die Idee möglichst viele Daten von uns digital zu erfassen, zu vernetzen und auszuwerten, kam nicht von heute auf morgen. Dahinter steckt ein längerer Prozess von Maschinenlernen und der Möglichkeit, aus den gesammelten Daten Profit zu schlagen.

»Überwachungskapitalismus« ist laut Shoshana Zuboff das Zauberwort, um die Hintergründe der Datensammelwut zu erklären. Zuboff ist Wirtschaftswissenschaftlerin und Sozialpsychologin. Sie hat eine Professur an der Harvard Business School, hat den Begriff Überwachungskapitalismus (engl. Surveillance capitalism) geprägt und das Buch »Das Zeitalter des Überwachungskapitalismus« veröffentlicht (2).

■ Entdeckung von Verhaltensüberschuss

Laut Shoshana Zuboff ist Google der Pionier des Überwachungskapitalismus. Bei der Entwicklung ihrer Suchmaschine hätten die Entwickler*innen zunächst den Anspruch gehabt, die eingegebenen Daten ausschließlich dazu zu nutzen, die Suchergebnisse für die Nutzer*innen zu optimieren. Das Geschäftsmodell habe allerdings nicht ausgereicht, um das Unternehmen zu

finanzieren. Deshalb hätten sie sich schlussendlich darauf eingelassen, auch Werbung zu schalten.

Um uns möglichst passende Werbung anzuzeigen, nutzen Plattformen wie Google, Facebook und Co. unsere überschüssigen Verhaltensdaten. Darunter können alle Informationen verstanden werden, welche zwar z.B. bei einer Suchanfrage übermittelt, aber nicht direkt gebraucht werden, um bessere Suchergebnisse zu generieren. Unser Verhaltensüberschuss wird analysiert und es wird versucht, daraus möglichst genau unser zukünftiges Verhalten vorherzusagen. Je treffender die Vorhersage, desto höher sind die Überwachungserträge, die damit erzielt werden können.

■ Ökonomische Imperative

Um Verhalten von Nutzer*innen möglichst genau vorherzusagen zu können, müssen Unternehmen laut Zuboff zwei Imperativen zur Datenakkumulation folgen: dem Extraktionsimperativ und dem Vorhersageimperativ. Der Extraktionsimperativ besagt, dass immer mehr Daten gesammelt werden und dabei in immer neue Gebiete vorgegriffen werden muss. Beim Vorhersageimperativ geht es darum, möglichst genaue Daten über uns zu sammeln. Darunter fallen z.B. Daten über unseren Alltag, unsere Körper und unsere Gesundheit. Um noch genauere Vorhersagen über unser künftiges Verhalten treffen zu können, schrecken große Konzerne auch nicht davor zurück, unser Verhalten im Vorfeld zu manipulieren. Den Überwachungskapitalist*innen ist also daran gelegen, unsere Zukunft zu gestalten,

um dann Profit aus deren Vorhersage schlagen zu können.

■ Soziale und politische Hintergründe

Wenn das wirklich so banal ist, warum lassen wir das dann eigentlich mit uns machen? Warum geben wir unsere Daten preis und lassen uns mit Werbung berieseln? Im Jahr 2017 lag der Anteil der Nutzer*innen von Adblockern, also Werkzeugen zur Unterdrückung von Werbung auf Webseiten, bei nur 30% (3). Es wird uns ständig suggeriert, wir bräuchten all die Apps und Dienste auf unserem Smartphone, die täglich unsere Daten sammeln, um an der Gesellschaft teilzuhaben. Der Überwachungskapitalismus verbreitet sich rasant und dringt dabei immer wieder in Gebiete vor, für die wir bis dahin keine Gesetze haben. Zuboff beschreibt in ihrem Buch schön, dass bei High Tech einfach immer alles schneller gehe und beim Staat immer alles langsamer. Sie spricht von einem »Enteignungszyklus«, der immer wieder damit einhergehe, gesetzliche und persönliche Grenzen herauszufordern. Dieser Enteignungszyklus folge immer einem ganz bestimmten Muster: Übergriff, Gewöhnung, Anpassung und Neuausrichtung. Zusätzlich zu gesetzlichen Grenzüberschreitungen, die immer wieder neuer Regulierung bedürften, gibt es auch andere soziale Umstände, die uns dazu bringen, freiwillig mehr Daten raus zugeben z.B. wenn wir uns bedroht fühlen. 09/11 habe unter anderem dazu geführt, dass mehr Sicherheit gefordert wurde und die Menschen dafür bereitwillig ein großes Stück ihrer Privatsphäre abgeben wollten. Die ä-



berem Umstände, mit denen wir tagtäglich konfrontiert sind, sorgen dafür, dass wir in einen Strudel geraten, aus dem wir als Privatpersonen nur schwer wieder rauskommen. Täglich fangen wir uns beim Besuch von Websites Cookies ein, werden getrackt und immer wieder gebeten, irgendwelchen Datenschutzrichtlinien zuzustimmen. Mit der Zustimmung wird uns eine Art Freiwilligkeit vorgegaukelt, mit der wir unsere Daten hergeben. Um alle Datenschutzrichtlinien zu lesen, die uns in einem Jahr begegnen, bräuchten wir allerdings angeblich 76 Arbeitstage (2). Da ist es kein Wunder, dass so viele Menschen auf »akzeptieren« klicken, ohne vorher zu lesen, was genau sie akzeptieren.

■ Smartphones, Apps und Start-Ups

Um an die Daten möglichst vieler Menschen auf der Welt zu kommen, entwickelte Google das Betriebssystem Android, welches im September 2019 weltweit auf 72,24% aller mobilen Geräte installiert war (4). Die Plattform von Android ist open-source, was es Entwickler*innen erleichtert, Apps für alle Android-Nutzer*innen zu programmieren. Die meisten Nutzer*innen beziehen diese Apps aus dem *Play-Store*, der allein schon dafür in die Schlagzeilen geraten war, dass er bis 2018 ständig den Standort seiner Nutzer*innen checkte. Viele Apps werden von StartUps entwickelt, deren Branche sich häufig mit dem Pathos der Weltverbesserung schmückt. Bei der Gründung von StartUps steht sehr häufig zunächst der praktische Nutzen ihrer Produkte im Vordergrund. Die ethischen Aspekte gehen allerdings in vielen Kleinstunternehmen im Laufe der Entwicklung verloren. Ein Grund dafür ist, dass IT-Security sehr teuer ist. Ein weiterer Grund ist, dass es bei Apps oft darum geht, dass sie möglichst einfach und schnell zu bedienen sind. Und ein zusätzlicher Grund ist, dass viele Apps, besonders die, welche besonders sensible Daten von uns sammeln, schnell von größeren Konzernen aufgekauft werden. *Google* ist z.B. ganz weit vorne, wenn es um den Kauf von Unternehmen geht, die sich mit künstlicher Intelligenz beschäftigen (2).

■ Gibt es sichere Datenspeicher?

Momentan gibt es keine komplett sicheren Datenspeicher und es wird sie vermutlich auch nie geben. Alle Daten, die digital gespeichert werden, können gehackt werden. Aktuell gibt es nicht einmal die Möglichkeit, Daten digital für die nächsten

20 Jahre sicher zu speichern (5). Es besteht also immer ein gewisses Risiko, dass Dritte an diese Daten gelangen. Wenn es sich dabei um die Zugangsdaten für einen Mailaccount handelt, kann er gelöscht und ein neuer angelegt werden. Wenn es ums Online-Banking geht, dann können die Konsequenzen schon etwas schwerwiegender sein, aber es kann immer noch ein neues Konto angelegt werden. Wenn es sich nun aber um Gesundheitsdaten handelt, dann sind diese für immer verloren. Man kann nicht einfach ein neues Leben ohne Gendefekt oder HIV-Infektion beginnen, nachdem diese Daten einmal öffentlich geworden sind. Wenn also weiterhin in einem so rasanten Tempo unsere Gesundheitsdaten gesammelt und verarbeitet werden, dann müssten sie nach dem Stand der aktuellen wissenschaftlichen Forschung und Verschlüsselungsmethoden in etwa 20 Jahren öffentlich sein. Das würde nicht nur einen finanziellen Schaden bedeuten, sondern es würde auch gesellschaftliche Auswirkungen haben. Es würde sich auch nicht nur um einen persönlichen Schaden handeln, sondern um einen langfristigen Schaden über Generationen hinweg, z.B. wenn es um vererbare Erkrankungen geht.

Bei all den Vorteilen, die die Digitalisierung uns bringen kann, um unseren Alltag zu erleichtern oder Therapiemethoden effizienter zu machen, sollten wir nie vergessen zu hinterfragen, was dabei mit unseren Gesundheitsdaten geschieht und welche Konsequenzen das für uns und unsere Gesellschaft haben könnte.

Carina Borzim ist Ärztin in Berlin und Mitglied des gvVorstands des vdää.

Verweise:

1. Art. 9 DSGVO – Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten [Internet]. Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO); <https://dsgvo-gesetz.de/art-9-dsgvo/> (zitiert 09.12.2019)
2. Shoshana Zuboff: »Das Zeitalter des Überwachungskapitalismus«, Frankfurt/Main 2018
3. Adblocker – Anteil der Nutzer an den Internetnutzern in Deutschland 2019, Statista, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/911968/umfrage/anteil-der-nutzer-von-adblockern-unter-internetnutzern-in-deutschland/> (zitiert 14.11.2019)
4. Mobile Betriebssysteme – Marktanteile Internetnutzung weltweit bis September 2019 [Internet]. Statista, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/184335/umfrage/marktanteil-der-mobilen-betriebssysteme-weltweit-seit-2009/> (zitiert 14.11.2019)
5. Martin Tschirsich: »All Your Gesundheitsakten Are Belong To Us«, [/v/35c3-9992-all_your_gesundheitsakten_are_belong_to_us](https://v/35c3-9992-all_your_gesundheitsakten_are_belong_to_us) (zitiert 14.11.2019)

Die Arztgeheimnis-Cloud

Ein patientenorientiertes Plädoyer für mehr Demokratie und verständliche Begriffsbildung bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens von Wilfried Deiß

Die Digitalisierung der innerärztlichen Kommunikation betrifft jeden aktuellen oder potenziellen Patienten, somit die gesamte Bevölkerung. Das zentrale Projekt dazu ist in Deutschland die elektronische Gesundheitskarte/Telematik-Infrastruktur. Obwohl jeder betroffen ist, ist der Informationsstand der Bevölkerung auffällig schlecht. Insbesondere über den Kern des Projekts, die elektronische Patientenakte, besteht Unwissenheit. Es handelt sich nämlich um eine zentrale, dauerhafte Cloud-Speicherung von intimen Patientendaten, die dem Arztgeheimnis unterliegen. Der Autor plädiert für mehr Offenheit, mehr Demokratie und verständliche Erklärungen.

Begriffe sind die Griffe, mit denen wir die Dinge greifen und hoffentlich begreifen. Wer begreift »Zentrale Telematik-Infrastruktur«? Selbst Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, die nun nach aktueller Gesetzeslage mitsamt Sanktionsandrohung gezwungen werden, ihre Praxen bis zum 1.7.2019 an die Telematik-Infrastruktur anschließen zu lassen, haben z.T. nicht verstanden, worum es geht.

Und die Patienten? Bei ihnen ist erwartungsgemäß der Informationsstand noch schlechter. Die elektronische Gesundheitskarte ist inzwischen bekannt als Versichertenkarte mit Foto, und manche Patienten haben gehört, dass irgendwann die persönlichen Arztberichte »auf der Karte« gespeichert werden sollen.

■ **»Auf der Karte« ist nicht auf der Karte, sondern ganz woanders**

Dass die Karte nur der Schlüssel zum bundesweiten Netzwerk ist, in dem Arztberichte dauerhaft gespeichert werden sollen, wissen nur die wenigsten [1].

Diese Desinformation ist allerdings kein Zufall. Seit Start des Projekts eGesundheitskarte/Telematik-Infrastruktur 2005 bleibt die Notwendigkeit der zentralen Datenspeicherung als Kern des Gesamtprojekts systematisch unerwähnt. Noch heute ist auf der Homepage der Gematik bei den Erläuterungen zur elektronischen Gesundheitskarte zu lesen: »Neben den Versi-

chertenstammdaten können – mittels der Elektronischen Gesundheitskarte – später auch medizinische Daten gespeichert werden.« Die zentrale und dauerhafte Speicherung wird nirgends beschrieben und erläutert.

Selbstverständlich benötigen wir eine zeitgemäße und tatsächlich auch praktikablere Informationsübertragung im Gesundheitswesen. Der Medienbruch von digital zu analog (Post, Fax) und zurück nach digital (Einscannen) ist unsinnig, umständlich und antiquiert. Wir benötigen unzweifelhaft eine gesicherte, verschlüsselte Punkt-zu-Punkt-Übertragung von Dokumenten im Gesundheitswesen. Aber es besteht keine zwingende Notwendigkeit für eine dauerhafte, zentralisierte Datenspeicherung von Patienteninformationen in einer Daten-Cloud. Meine Grundeinstellung diesbezüglich: Das Internet ist eine geniale Erfindung. Aber nur für Informationen, die für die Öffentlichkeit gedacht sind. Oder gerade eben noch für Informationen, bei denen kein relevanter Schaden entsteht, wenn sie versehentlich an die Öffentlichkeit oder in kriminelle oder potenziell repressive Hände geraten.

■ **Eine gesicherte digitale Informationsübertragung im Gesundheitswesen**

Kurz ein Schritt zurück in der Technik-Historie zum Hightech der 70er und 80er-Jahre. Als damals die Faxgeräte aufkamen, musste niemand aufwendig zur Anschaffung überzeugt oder ge-

zwungen werden. Der Sinn und die Praktikabilität/Alltagstauglichkeit des Geräts waren sofort zu erkennen. Beim Telematik-Projekt gibt es nicht einmal ein vollständig funktionierendes Modellprojekt, an dem man Praktikabilität und Nutzen zumindest der wichtigsten medizinischen Anwendungen überprüfen hätte können.

Retrospektiv ist das Faxgerät (in seiner ursprünglichen, analogen Form) zudem ein gutes Beispiel für den Unterschied zwischen Einzelfallrisiko und Kollektivrisiko. Faxen ist eine Punkt-zu-Punkt-Kommunikation (heutzutage sind allerdings Fax-Server dazwischengeschaltet, weil die analogen Faxdaten für den Transport digitalisiert werden). Selbstverständlich sind schon unzählige zufällige Faxe fälschlicherweise an unzählige zufällige falsche Empfänger versendet worden. Allerdings ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Irrläufer-Fax erstens eine kriminell verwendbare Information enthält und außerdem an jemanden gerät, der diese verwenden will und kann, extrem klein. Im Gegensatz dazu wird bei einer dauerhaften, zentralen Speicherung das Einzelfallrisiko zum Kollektivrisiko und der Datenspeicher (Cloud) zur idealen Angriffsfläche für kriminelle Aktivitäten [2].

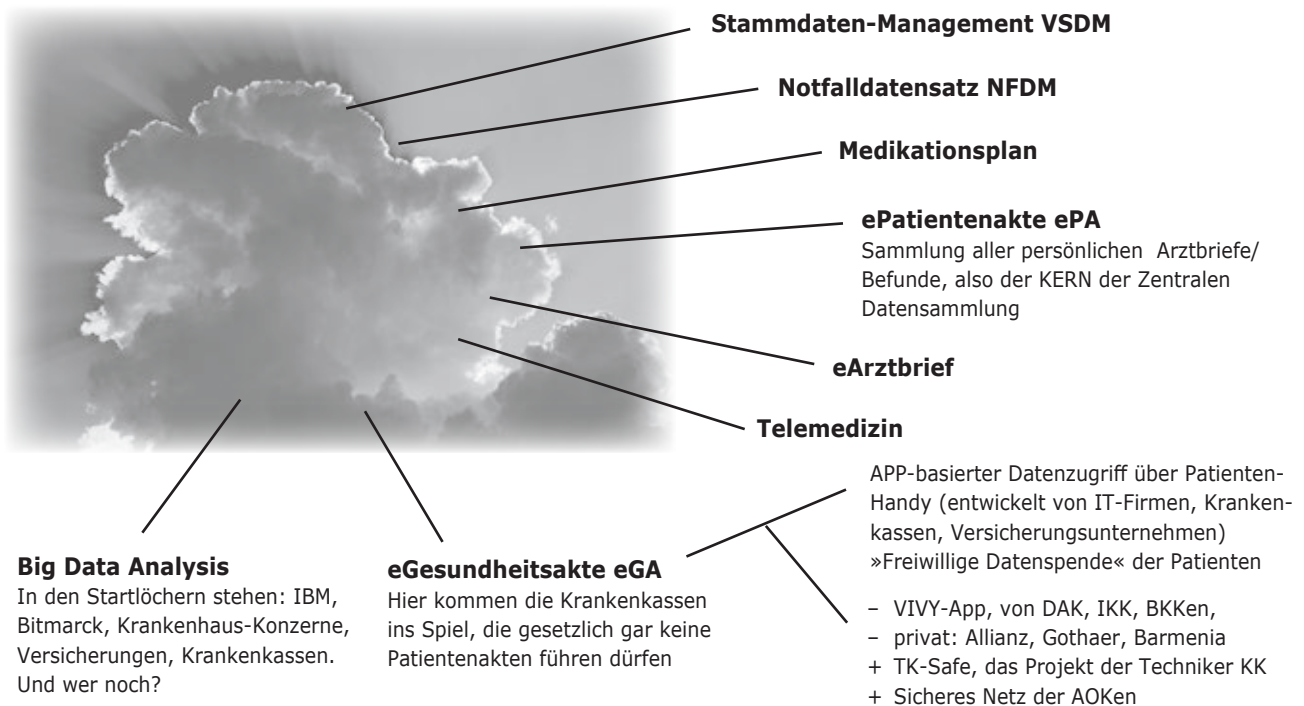
■ **Unehrlische oder ehrliche Fragen an Patienten?**

Nun wieder zur Patientenperspektive: Es gibt eine unehrliche und eine ehrliche Frage an Patienten. Die unehrliche:

Wissen wir, was wir tun?

Zentrale Telematik-Infrastruktur = Gesundheitsdaten-Cloud = Arztgeheimnis-Cloud

Wer soll auf jeden Fall angeschlossen werden? 200.000 Ärzte/Zahnärzte + 20.000 Apotheken + 3000 Krankenhäuser + 200 Krankenkassen / Wer erhält vielleicht noch Zugriff? Heilmittelerbringer/ Physiotherapeuten, Pflegedienste / Wer nach aktuellen Plänen ausserdem? Patienten über Handy-Apps. Und wer ist ebenfalls dabei? IT-Konzerne, IBM, Bitmark, Krankenhauskonzerne sowie Versicherungen wie die Allianz



Die herausragende Bedeutung der PRAKTIKABILITÄT: Ein System, das den Alltag erschwert, wird nicht verwendet. Telematik ist NUR DANN SINNVOLL, wenn sie den Alltag erleichtert + die Patientenbehandlung verbessert + die von der Solidargemeinschaft zu tragenden Kosten angemessen sind + das Datenschutz-Restrisiko akzeptabel ist. Wo ist das Modellprojekt, das dies erwiesen hat?

Was für den medizinischen Alltag unbedingt gebraucht wird:

- verschlüsselte Punkt-zu-Punkt-Kommunikation (ohne Cloud-Speicherung)
- aktuelle Diagnosenliste/Unverträglichkeiten und Medikationsplan beim Patient

W.Deiß 3/2019

»Möchten Sie, dass in Zukunft alle Ärzte, denen Sie das erlauben, mithilfe Ihrer elektronischen Gesundheitskarte Ihre medizinischen Befunde einsehen können?« Fragen dieser Art sind in Akzeptanzstudien oft gestellt worden und von Patienten überwiegend bejaht worden. Die ehrliche Variante aber lautet: »Damit Sie allen Ärzten zu jeder Zeit die Erlaubnis erteilen können, Ihre medizinischen Befunde einzusehen, müssen alle Arztberichte in einer zentralen Datenbank dauerhaft gespeichert werden. Möchten Sie, dass in Zukunft Ihre persönlichen Arztberichte, die allesamt dem Arztgeheimnis unterliegen, nicht mehr nur bei Ärzten gespeichert werden, sondern zusätzlich alle zusammen und dauerhaft in einer bundesweiten

zentralen Datenbank, also in einer Daten-Cloud?«

Genau darum geht es aber. Der Kern der Telematik-Infrastruktur (= TI), die zentrale Telematik-Infrastruktur, der Sitz der elektronischen Patientenakte (= ePA), ist nichts anderes als eine Daten-Cloud. Ich selbst habe mich daher entschieden, einen Begriff zu verwenden, der besser verständlich ist. Nicht mehr zentrale Telematik-Infrastruktur oder vielleicht noch Gesundheitsdaten-Cloud, sondern stattdessen: *Arztgeheimnis-Cloud*. Es sind nämlich ganz besondere Daten, um die es hier geht, nicht die üblichen Nutzerdaten, die bei Facebook, WhatsApp, Amazon, Google anfallen (und selbst da ist das Missbrauchspotenzial

hoch), sondern persönliche und intime Informationen über Menschen, insbesondere in somatischen und psychischen Ausnahmesituationen. Eine Foto-Cloud speichert Fotos. Eine Musik-Cloud speichert Musik. Die Arztgeheimnis-Cloud speichert Arztgeheimnisse – wenn wir das wirklich wollen. Ich plädiere für eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung. Selbstverständlich hat die Cloud-Speicherung von Patientinformationen einen Verfügbarkeitsvorteil. Aber ist der medizinische Nutzen wirklich groß genug, um die Risiken zu rechtfertigen? Wo sind die großen Modellversuche, die den Nutzen nachweisen? Man muss sich klarmachen, dass der persönliche Schaden bei Gesundheitsdaten-Miss-

brauch irreparabel sein kann, da reicht es nicht, einen Account zu löschen oder ein Passwort zu ändern [2]. Und wie sind Rechtslage/Haftungsfragen, wenn wie in einigen Ländern schon geschehen, nicht nur einzelne, sondern gleich Millionen Patienten-Datensätze entwendet werden, mit denen jetzt schon ein lukrativer Handel im Darknet betrieben wird? Sicher ist, dass die erforderliche Einverständniserklärung des Patienten die Risiken auf den Patienten verlagern wird.

■ **Authentischer Begriff: Arztgeheimnis-Cloud**

■ Wissen wir, was wir tun, wenn wir die dauerhafte Gesundheitsdaten-Cloudspeicherung favorisieren (Abb. 1)? Im Zentrum der Abbildung 1 steht die »Wolke« = **Cloud**. Sie ist die Schaltstelle und Umschaltstelle für alles, was im Netzwerk passiert. Während traditionell der Hausarzt die Arztberichte seiner Patienten in seiner Praxis sammelt (und als lokaler Akteur dem einzelnen Patienten seine Patientenakte auch schon heute sehr einfach zur Verfügung stellen kann, herkömmlich analog auf Papier oder zeitgemäß digital, z.B. auf speziellen USB-Sticks [3]), soll dies nun in der Arztgeheimnis-Cloud für die gesamte Bevölkerung geschehen (nach aktuellem Stand noch als »freiwillige Anwendung«).

■ **Versicherten-Stammdaten-Management (VSDM)**: Die erste Anwendung der TI. Keine medizinische Anwendung, sondern eine bürokratische: Abgleich der Verwaltungsdaten auf der eGesundheitskarte mit dem Datenstand im Krankenkassen-Server. Dies ist sozusagen der Test der digitalen Infrastruktur auf Funktionsfähigkeit. Außerdem die Verlagerung der Verwaltungstätigkeit der Kassen in die Arztpraxen sowie (vielleicht) die Einsparung von Verwaltungskosten bei den Kassen.

■ **Notfalldatensatz (NFD)**: vielleicht auch »erweiterter Notfalldatensatz«. Dann sind es nicht nur Allergien und Unverträglichkeiten, sondern auch die wichtigsten Dauerdiagnosen, denn erst dann hat der Datensatz relevante Bedeutung. Diese zweite Anwendung ist psychologisch geschickt gewählt. Denn der Notfalldatensatz passt tatsächlich noch auf die eGesundheitskarte, ist also tatsächlich auf der Karte gespeichert, sodass die dauerhafte zentrale Speicherung noch im Nebel bleibt. Aus meiner Sicht ist der Notfalldatensatz in der Form wenig praxisrelevant und vor allem ein Akzeptanzvehikel.

■ **Medikationsplan**: Den gibt es schon auf Papier, und den gab es auch schon immer auf Papier. Auch der würde noch auf die Karte passen, natürlich mit »Original« in der Cloud. Wirklich praktikabel ist der digital gespeicherte Medikationsplan, wenn jederzeit durch Tastendruck ein Ausdruck davon angefertigt werden kann, und zwar in der aktuellen Form, allein schon deshalb, weil der Patient den Plan als Einnahmeplan benötigt. Der jederzeit aktuelle und medizinisch auf Indikation, Interaktion und auf patientenindividuelle Besonderheiten geprüfte Medikationsplan wird aber nur dann funktionieren, wenn für seine Anfertigung ein Arzt hauptverantwortlich ist, in der Regel der Hausarzt. Wenn das nicht geregelt ist, wird aus dem System, das unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen vermeiden soll, eine potenzielle medikamentöse Gefahr für den

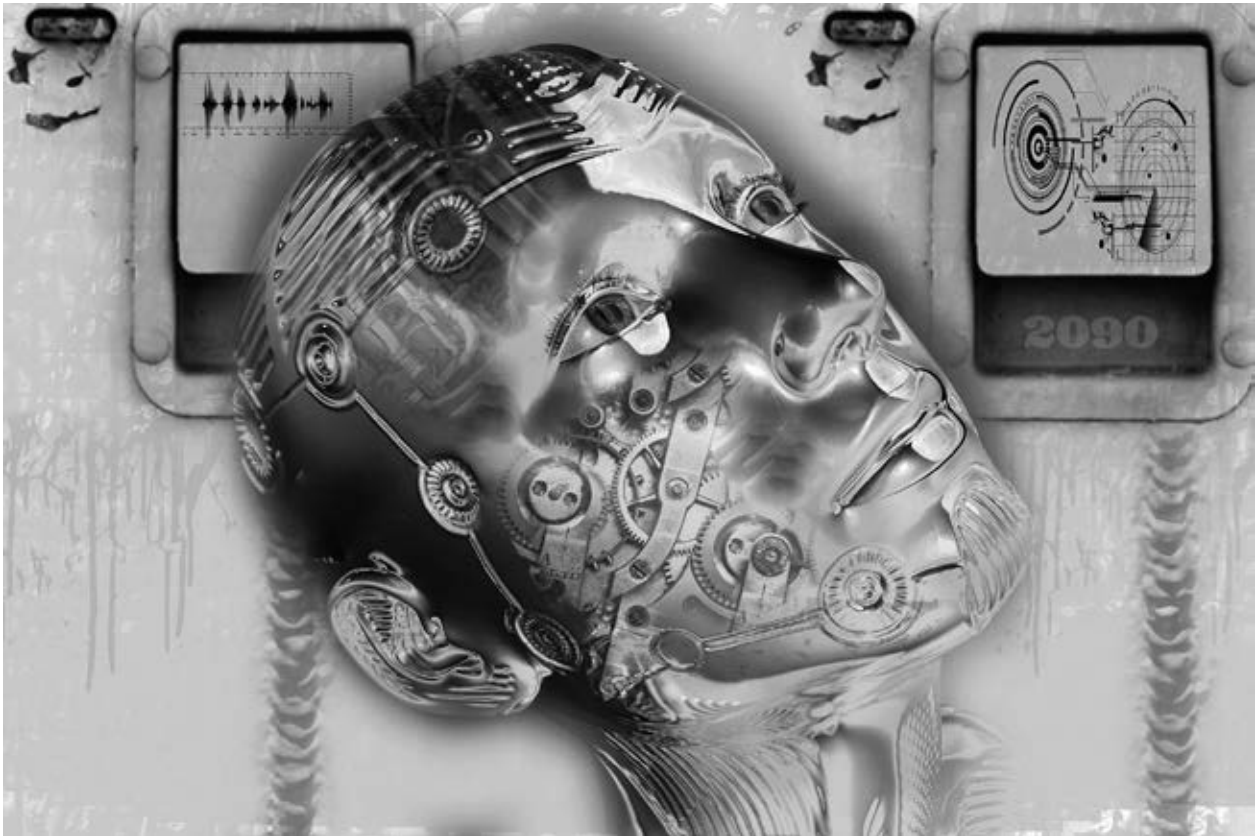
Patienten, zumindest aber ein Durcheinander mit Tendenz zur Polymedikation [4].

■ **eArztbrief**: Dass es dringend notwendig ist, in Zukunft Arztberichte von Ärzten und Krankenhäusern in digitaler gesicherter/verschlüsselter Form zu versenden, stimmt. Im TI-System gibt es das noch nicht. Es existiert in Anfängen im KV-Connect-System der Kassenärztlichen Vereinigungen [5]. Man könnte die Informationsübermittlung auch Punkt-zu-Punkt gestalten, d.h., die Nachricht wird nach Abruf durch den Empfänger automatisch im Zwischenspeicher gelöscht. In der Arztgeheimnis-Cloud ist es definitiv nicht Punkt-zu-Punkt, im Gegenteil. Grundprinzip ist ja gerade, dass alle medizinischen Dokumente nicht nur versendet und abgerufen werden, sondern dauerhaft gespeichert bleiben. Womit wir wieder beim kollektiven Datenschutz-Risiko sind.

■ Der Kern der Cloud: die **elektronische Patientenakte ePA**: Dort werden (beim jetzigen Stand der Dinge nur mit Zustimmung der Patienten), alle Berichte dauerhaft gespeichert, damit jeder behandelnde Arzt bei Vorlage der eGK, PIN-Nummer sowie Vorhandensein von Arztausweis/Praxisausweis die Berichte des Patienten zu jeder beliebigen Zeit rund um die Uhr abrufen kann. Inwieweit der Arzt die wirklich dringenden Informationen wie aktuelle Diagnose-Liste und aktuellen Medikationsplan findet, ist eine andere Frage, siehe weiter unten [6].

■ **Telemedizin**: Behandlung/Beratung auf Entfernung. Machen Ärzte schon lange, nämlich meist per Telefon. Telefonisch lassen sich sehr viele Fragen und Probleme lösen. Der Hausarzt-Alltag ist gar nicht zu bewältigen, wenn jede Fragestellung im persönlichen Arzt-Patient-Kontakt bearbeitet werden müsste. Nun kommt telemedizinisch die Video-Komponente dazu. Das sieht gut aus, ergibt ein gutes Marketing, aber der Zusatznutzen ist noch nicht bewiesen. Zudem ist die Videosprechstunde technisch aufwendig und dauert länger als eine normale Konsultation. Mit Sicherheit ersetzt in ländlichen Gebieten die Telemedizin nicht die externe Versorgungsassistentin [7]. Bis hierhin kann man den medizinischen Sinn bei vielem noch erkennen und mit viel gutem Willen und Vertrauen an die Möglichkeit einer hohen Datensicherheit glauben. Aber nun, wir sind im Zeitalter von Handy-Apps und Big Data, wird es noch viel komplizierter [8].

■ **Elektronische Gesundheitsakte (eGA)**: Ja, das ist etwas anderes als die ePatientenakte. Hier sind die Krankenkassen am Zug. Krankenkassen dürfen nämlich keine eigenen Patientenakten führen. Nun ist die eGA eine Art Teilmenge der ePA, nämlich der Teil, den der Patient im PC oder auf dem Handy sehen darf. Zusätzlich kann der Patient eigene Daten, z.B. Handy-App-Daten von Fitnesstrackern, in seine Gesundheitsakte laden und, wenn er möchte, irgendwann dem Arzt vorlegen. Das alles läuft unter der Flagge der Krankenkassen. Wer als Patient dem zustimmt, leistet sozusagen eine freiwillige Datenspende an seine Krankenkasse. Ob dadurch die medizinische Behandlung besser wird, ist sehr fraglich. Mit Sicherheit aber ist per Datenanalyse eine bessere Selektion von Patientenrisiken möglich. Insofern ist es kein Zufall, dass die diesbezüglichen (unterschiedlichen) Projekte von Kranken-



© kalhh pixabay.com

versicherungsunternehmen massiv unterstützt werden; von IT-Firmen sowieso. Die derzeit wohl bekannteste eGesundheitsakte über die Vivy-App hat übrigens einen eigenen Server in Frankfurt, der an die TI angeschlossen werden soll. Beteiligte gesetzliche Krankenversicherungen sind DAK, IKK, und BKKen. Mit an Bord sind auch private Versicherer wie Allianz, Gothaer, Barmenia. Der Datenschutzerklärung von Vivy ist zu entnehmen, dass verschiedene Dienste (auch in den USA) genutzt werden, um die Daten zu unterschiedlichen Zwecken zu verwenden, z.B. für Werbung und Benutzerunterstützung [6].

- Bis hierhin ist das vielleicht noch Small Data. Wenn sich aber irgendwann massive Datenmengen in der Arztgeheimnis-Cloud angesammelt haben, dann wird es für die Big-Data-Firmen interessant. In den Startlöchern stehen private Krankenversicherungen, gesetzliche Krankenkassen, Krankenhauskonzerne und IT-Firmen wie Bitmarck, IBM. Je größer der Datenpool, desto mehr Interessenten werden folgen. Und wie es scheint, ist es den Lob-

byisten gelungen, die entsprechenden Türen vorsorglich offen zu halten. Die Betreiber der Arztgeheimnis-Cloud selbst ist übrigens die Bertelsmann-Tochter Arvato.

- Mit den zusätzlichen Zugangswegen über Handys wird die Frage der Datensicherheit endgültig ad absurdum geführt. Diesbezüglich verweise ich auf den letzten Kongress des CCC, Chaos-Computer-Club, und die dortigen Gefahrenanalysen bezüglich Patientenakten/ Gesundheitsakten [2, 9].

■ App-Zugang oder die Selbstvernichtung der Datensicherheit

Bezüglich der digitalen Rückständigkeit der Bundesrepublik Deutschland wird oft auf das Beispiel von Estland verwiesen, wo es schon seit über 15 Jahren eine zentrale Datenspeicherung von Patientendaten gibt. In Estland entstand das damals unter völlig anderen Bedingungen: eine Krankenkasse für alle Esten. Damit gelten gleiche Bedingungen für alle, und es gibt keine Konkurrenz von Krankenkassen untereinander. Damit einher geht ein hoher Grad von Gemeinwohlorientiertheit und

Transparenz. Big Data war damals noch kein Thema, es gab auch keine Interessen von Großkonzernen und der Pharmaindustrie. Ob das in Estland auf Dauer gut gehen wird, weiß ich nicht. Jedenfalls sind die Voraussetzungen ganz anders als in Deutschland. In Norwegen, Dänemark und den USA sind bereits Millionen von Patientenakten gehackt worden [2]. Patientenakten werden aktuell im Internet für etwa 60–100 Dollar gehandelt, bestens geeignet für Identitätsdiebstahl oder Erpressungen.

Ansonsten möchte ich – gerade auch aus hausärztlicher Sicht – eine Art Lackmuestest für die Digitalisierung im Gesundheitswesen anregen, basierend auf einer einfachen Erkenntnis: Digitalisierung bezüglich einer konkreten Problemstellung ist nur dann sinnvoll, wenn sie mehr kann, als schon analog geht. Wie folgt: Was für die allgemeine Patientenbehandlung und im Notfall unbedingt nützlich ist ...

Das wichtigste Informationswerkzeug im Gesundheitswesen ist eine aktuelle Diagnoseliste (mit Unverträglichkeiten/Allergien) in Verbindung mit einem aktuellen Medikationsplan. Die Kombination aus beidem nenne ich Diagnosen-Medikations-Dokument.

Bei unseren Patienten ist das ein im lokalen Praxisverwaltungssystem digital gespeichertes Dokument, aus dem mit einem Tastendruck ein DIN-A4-Ausdruck erstellt werden kann. Dieses wichtige Blatt Papier gibt der Arzt persönlich in die Hand des Patienten. Bei jeder Änderung von Medikamenten, Dosierungen, Diagnosen, Unverträglichkeiten (das passiert etwa bei jedem 2. oder 3. Patientenkontakt!) wird neu ausgedruckt. Das Dokument kann der Patient selbst lesen. Er kann Fragen dazu stellen. Er kann Fehler erkennen, die ich vielleicht als Arzt beim Eintragen gemacht habe. Er kann selbst entscheiden, welchem Spezialisten oder Krankenhaus er das Dokument vorlegt.

Nun der Test: Schafft es ein digitales System wie die TI/Arztgeheimnis-Cloud, diese alltagsrelevanten Informationen (mit denen sich übrigens jeder Notfall bewältigen lässt) genauso sicher, unkompliziert und praktikabel zur Verfügung zu stellen wie das Stück Papier namens Diagnosen-Medikamenten-Dokument? Oder finden sich die relevanten Informationen lediglich in einem Meer von Datenmüll nach stundenlangem Suchen und nur unter der Voraussetzung, dass der Arzt Internetverbindung hat?

■ Aus Digitalisierung wird Digitalismus

Abschließend noch eine Anmerkung zur digitalen Rückständigkeit in Deutschland. Inzwischen hat man den Eindruck, aus Digitalisierung ist eine Art Digitalismus geworden, eine Entwicklung, die wie ein Schicksal hinzunehmen sei und nicht hinterfragt werden darf. Wie wäre es denn, wenn wir zurück auf den Boden der Demokratie kommen, den Patienten die ehrlichen Fragen stellen und danach mit Patienten und Ärzten zusammen die fraglos großen Möglichkeiten digitaler Technik praxistauglich nutzen:

- einfache und praktikable Punkt-zu-Punkt-Kommunikation,
- Vermeidung des Kollektiv-Datenrisikos bei Akzeptanz eines geringen Einzelfall-Restrisikos unter der Voraussetzung des nachgewiesenen medizinischen Nutzens,



- Erleichterung des medizinischen Alltags,
- Verbesserung der Versorgung.

Vielleicht sind wir ja demnächst nicht rückständig, sondern das einzige Land weltweit, in dem einerseits ein funktionierendes digitales Informationsaustauschsystem im Gesundheitswesen ohne dauerhafte zentrale Speicherung von Patienteninformationen existiert und andererseits die Arztgeheimnisse der Patienten nicht gehackt worden sind und auch nicht gehackt werden können. Und die komplette Patientenakte? Die kann als digitale Kopie der lokalen, hausärztlichen Daten auch heute schon mit wenig Aufwand dem Patienten in verschlüsselter Form an die Hand gegeben werden, wenn der Patient das wünscht.

■ Eine sehr alte Regel, die noch immer gilt

Wir Ärzte würden dann das tun, was wir seit dem Altertum schon immer tun sollten: *primum nil nocere*. Vor allem nicht schaden. Die notwendige Abwägung von Nutzen und Schaden gilt nicht nur für Medikamente und Operationen, sondern auch für die Verwendung von Technik. Der Gegner dieser Menschlichkeit in der Medizin sind Machtverhältnisse und Profitinteressen bei einem gleichzeitigen Defizit von Demokratie.

Genau deshalb die Frage: Wissen wir, was wir tun?

Wilfried Deiß ist Facharzt für Innere Medizin und Hausarzt. Jahrgang 1960, seit 1997 niedergelassen als Hausärztlicher Internist in Siegen/Nordrhein-Westfalen.

Quelle: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 2019; 95 (11)

Literatur

1. Grätzel von Grätz P.: »E-Akte: gematik will Serverakte mit variablen Zugriffsrechten«, *Ärztezeitung*, 04.06.2018
2. Wasner A.: »Schaden für den Einzelnen unheilbar – Berufshacker deckt Sicherheitsmängel in E-Health-Anwendungen auf«, *Medical Tribune*, 18.01.2019, S. 24
3. Sichere Lokale Patientenakte auf USB-Stick, www.sichere-patientenakte.de/ (letzter Zugriff am 21.02.2019)
4. Korzilius H, Osterloh F.: »Medikationsplan im Praxistest«, *Dtsch Arztebl* 2018; 115: A-364
5. »Brief ohne Marke – der Elektronische Arztbrief ermöglicht die sichere Kommunikation in Echtzeit«, *KVWL kompakt* 2018; 10: 14
6. »EFA, EPA und Co – Was können die verschiedenen elektronischen Aktensysteme und wer steckt dahinter?«, *KVWL kompakt* 2019; 1: 4
7. Glied K.: »Auch Telemedizin will gelernt sein«, *Allgemeinarzt* 2019; 41: 34–36
8. Capurro R.: »Digitalisierung in der Medizin – Skepsis gegenüber Hype«, *Dtsch Arztebl* 2018; 115: A-1425
9. »35th Chaos Communication Congress 2018«, <https://youtu.be/82Hfh1AItiQ> (letzter Zugriff am 21.02.2019)

Keine harmlose Spielerei

Timo Beeker zur Digitalisierung in der Psychiatrie

»Deutschland, Land der Ideen« – unter diesem Slogan betreiben Bundesregierung und der *Bundesverband der Deutschen Industrie* seit 2005 nationale Standortpolitik, um die aus guten, u.a. historischen Gründen international etwas angeschlagene »Marke« Deutschland wieder positiv zu besetzen. Ähnlich dumpf und dünkelfhaft klingt es, wenn Gesundheitsminister Jens Spahn verlautet: »wir werden das erste Land auf der Welt sein, in dem das gesetzliche System App auf Rezept möglich macht« (1). Im Land der Ideen geht es um Innovation um jeden Preis, und Digitalisierung und Innovation sind scheinbar beinahe Synonyme, wie es bereits der Name des entsprechenden Gesetzesentwurfs »für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation« (abgekürzt als »DVG«) suggeriert.

Doch worum geht es konkret? Der Deutsche Bundestag hat mit dem DVG ein Gesetz verabschiedet, das nach Prüfung durch den Bundesrat zum Jahresbeginn 2020 in Kraft treten soll. Von da an soll es möglich sein, dass Ärzt*innen ihren Patient*innen Gesundheits-Apps aller Art verschreiben können und dass die Kosten dafür unter bestimmten Auflagen von den Krankenkassen übernommen werden. Apps für psychische Störungen nehmen hierbei eine besondere Stellung ein: Mit ca. 28% haben sie unangefochten den höchsten Anteil am Gesamtvolumen der sich derzeit auf dem Markt befindlichen digitalen Gesundheitsanwendungen (2). Vor diesem Hintergrund ist es allerhöchste Zeit, sich mit der »digitalen Psychiatrie«, ihren Angeboten und deren individuellen wie gesellschaftlichen Auswirkungen auseinanderzusetzen.

■ Die »digitale Psychiatrie«

Computergestützte, internetbasierte Hilfsangebote werden in den letzten

Jahren für ein breites Spektrum psychiatrischer Diagnosen erprobt, welches von sogenannten Volkskrankheiten wie Depression und Angststörungen (3, 4) über weniger häufige Entitäten wie die posttraumatische Belastungsstörung (5), Schizophrenie (6) oder Borderline-Persönlichkeitsstörung (7) bis hin zu Suchterkrankungen reicht (8, 9). Ähnlich heterogen ist die Palette der angebotenen Produkte: Während Informations- und Vernetzungsportale (10) eher bereits aus der »analogen Welt« bekannte Hilfsmöglichkeiten in den digitalen Raum übersetzen (entsprechend z.B. Ratgebern und Selbsthilfegruppen), beschreiten manche Produkte tatsächlich neue Wege, etwa indem sich wie bei dem vor allem für Jugendliche mit depressiven Beschwerden entwickelten Programm »SPARX« User*innen durch verschiedene Levels eines psychoedukativen Computerspiels hindurchspielen können (11).

Flaggschiffe der digitalen Psychiatrie, sowohl was das Marktvolumen als auch was die mediale Aufmerksamkeit betrifft, sind aber zweifelsohne die sogenannten Psychotherapie-Apps. Diese Programme sind fast ausnahmslos an die kognitive Verhaltenstherapie angelehnt und verheißen den User*innen mehr oder minder explizit, online und kostengünstig eine Art Psychotherapie durchlaufen zu können. Bemerkenswerterweise ist in den meisten von ihnen keinerlei Mensch-zu-Mensch-Interaktion vorgesehen. User*innen setzen sich stattdessen selbstständig mit bestimmten Lernpaketen oder Übungen auseinander, Feedback gibt es dann komplett automatisiert. In Deutschland werden einige der namhafteren Anwendungen von Krankenkassen unterstützt, die ihren Mitgliedern freie Nutzung ermöglichen, so z.B. die AOK mit moodgym (12) oder die DAK mit Deprexis (13). Darüber hinaus existiert ein wahrer Wildwuchs an Apps und

Tools, die rein privat angeboten werden und unkompliziert z.B. über den Apple App Store heruntergeladen werden können. Dass dabei häufig nicht allzu genau zwischen Behandlung, Coaching, well-being und Selbstoptimierung unterschieden wird, verraten bereits Produktnamen wie »Happify« (14) oder »Mood-Path« (15).

■ Psychotherapie-Apps: Einübung ins Kranksein?

Als kritische Psychiater*in oder Psychotherapeut*in könnte man leicht geneigt sein, Psychotherapie-Apps als harmlose Spielereien abzutun, die zwar vermutlich wenig bringen dürften, aber zumindest keinen allzu großen Schaden anrichten werden. Doch Psychotherapie-Apps haben für User*innen durchaus ihre Tücken: So sind beispielsweise ihre meist aus nur wenigen Fragen mit Ja-Nein-Antwortmöglichkeit bestehenden Eingangstests gezielt derart unspezifisch konstruiert, dass eine möglichst große Zielgruppe angesprochen wird. Das Ergebnis solcher Tests suggeriert dann in der Regel einen dringenderen Hilfsbedarf, als es ein differenziertes Erstgespräch mit einer Therapeut*in höchstwahrscheinlich ergeben würde – natürlich verbunden mit der Empfehlung, die Arbeit mit dem Programm nun auch fortzusetzen. Steht die algorithmisch gestellte Verdachtsdiagnose erst einmal im Raum, werden User*innen konsequent weiterhin unter der Prämisse angesprochen, ihr Hauptproblem bestünde in einer psychischen Krankheit. Spätestens Techniken zur Symptomkontrolle vermitteln, dass die eigenen Beschwerden nicht sinnhafte Ausdrücke realer Probleme sind, sondern Effekte der Grunderkrankung, die es zu managen und nicht zu deuten gilt.

Welche Auswirkungen ein derart reduktiver, buchstäblich technisierter Umgang mit dem eigenen Befinden auf



Dauer für User*innen hat, ist noch vollkommen unklar. Befürchtet werden muss jedoch, dass Psychotherapie-Apps allein aufgrund ihres Designs vorwiegend von Menschen genutzt werden, die eher unter unspezifischen, selbstlimitierenden Beschwerden oder Stresssymptomen leiden als in einem strengeren Sinne »psychisch krank« zu sein. Dabei könnte es dazu kommen, dass genau diese Personen durch die permanente Ansprache als »psychisch krank« und die intensive Arbeit an den Symptomen das durch das Programm vermittelte Krankheitskonstrukt regelrecht inkorporieren. Ist dies einmal geschehen, begleitet die Überzeugung, eine bestimmte Diagnose (gehabt) zu haben die User*innen nicht nur auf dem weiteren Lebensweg, sondern wird von ihnen womöglich auch in anderen Kontexten artikuliert, etwa bei der Psychiaterin oder beim Hausarzt. Diese würden dann womöglich im schlechtesten und leider gar nicht abwegigen Falle weitere eigentlich nicht notwendige Therapiemaßnahmen in die Wege leiten. Die algorithmisch gestellte Pseudo-Diagnose hätte sich somit gleich einer selbsterfüllenden Prophezeiung endgültig bewahrheitet (16).

Dass die Angebote der digitalen Psychiatrie eine derart hohe Verfänglichkeit besitzen, liegt auch darin begründet, dass sich mit ihnen bereits ohne DVG gutes Geld verdienen lässt. So kostet beispielsweise ein Kurs des von einem Berliner Unternehmen vermark-

teten Programms »Selfapy« je nach Funktionsumfang zwischen 69,90 € und 179,90 €/Monat (17). So wie hinter Selfapy stehen hinter den meisten Anwendungen kleinere Start-Up-Unternehmen, die durch Risikokapital finanziert werden – geliehenes Geld also, das in naher Zukunft eine Rendite erwirtschaften muss. Dementsprechend sind die meisten Programme auch recht klar ersichtlich darauf ausgerichtet, Neukund*innen zu akquirieren, Bestandskund*innen zu binden und, wo vorhanden, möglichst viele User*innen in zusätzliche Bezahlfunktionen zu überführen.

■ **Brandbeschleuniger für die Psychiatrisierung der Gesellschaft**

Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive springt die digitale Psychiatrie damit auf eine höchst problematische Entwicklung auf: In den letzten Jahrzehnten sind in Deutschland und anderen Industrienationen die Strukturen des psychiatrischen Hilfssystems immer weiter ausgebaut worden, was sich u.a. an steigenden Fallzahlen, einem Zuwachs von Krankenhausbetten, einem deutlichen Ausbau ambulanter und tagesklinischer Therapieangebote und einem steigenden Pro-Kopf-Verbrauch von Psychopharmaka niederschlägt (18). Zu einer Verringerung der psychischen Morbidität ist es dadurch jedoch nicht gekommen. Im Gegenteil:

Inzidenzen und Prävalenzen bleiben kontinuierlich auf hohem Niveau oder steigen sogar weiter an, die WHO geht aktuell von dem enormen Wert einer weltweiten Punktprävalenz von 10% für behandlungsbedürftige psychische Störungen aus (19, 20).

Mit der digitalen Psychiatrie treffen nun handfeste wirtschaftliche Interessen, eine neue, scheinbar innovative Produktklasse und politische Akteur*innen, die diesem plumpen Branding aufsitzen, auf ein ohnehin schon hypertrophes und dennoch weiter expandierendes psychiatrisches Hilfssystem. Die digitale Psychiatrie könnte in diesem Kontext zum Brandbeschleuniger für die weitere Psychiatrisierung unserer Gesellschaft werden, mit dem Resultat, dass psychiatrische Konzepte wie z.B. Diagnosen noch weitere Kreise ziehen, von immer mehr Menschen für auf sich selbst zutreffend gehalten werden und immer weitere Bereiche der individuellen und kollektiven Lebenswelt durchwirken. Nicht nur als kritische Psychiater*in gibt es somit mehr als genug gute Gründe, den digitalen Verheißungen im eigenen Fachgebiet im mindesten Fall mit gesunder Skepsis gegenüberzustehen.

Dr. med. Timo Beeker, Medizinische Hochschule Brandenburg, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

(Die Fassung des Textes mit den Fußnoten findet sich auf der Homepage: <https://gpb.vdaee.de/>)

Das Implantate-Register-Gesetz

... oder wie hebt man den Datenschutz aus – Von Wulf Dietrich

» Aber es geht! – Wir sind damit gut durchs Kabinett gekommen!«

Voll Stolz präsentierte Gesundheitsminister Spahn auf dem DEMA-Kongress im April 2019 seinen Entwurf des *Implantateregister-Errichtungsgesetz (EIRD)*¹, mit dem er weitgehende Einschränkungen des Datenschutzes durchsetzen konnte. Gab es bei der Verabschiedung des *Digitalen Versorgungsgesetzes (DVG)* noch heftige Diskussionen darüber, ob die Sozialdaten der Patient*innen in großem Umfang weitergegeben und verarbeitet werden dürfen, so lief die Verabschiedung des EIRD im September diesen Jahres fast geräuschlos über die Bühne. Dabei enthält dieses Gesetz weitaus gravierendere Eingriffe in das Recht des Patienten auf personelle Selbstbestimmung als das DVG. Während im DVG die Weitergabe und Verarbeitung der so genannten Sozialdaten, also der Abrechnungsdaten, die bei den Kostenträgern anfallen und schon jetzt für epidemiologische Auswertungen herangezogen werden, intensiviert wird, sollen nach dem EIRD alle relevanten Befunde und die Anamnese der Implantatträger*innen weitergegeben werden – und zwar ohne Widerspruchsrecht der Betroffenen. Meldet eine Klinik einen Eingriff nicht ans Register, wird der Eingriff nicht vergütet.

»Implantateregister-Errichtungsgesetz« – Ein harmlos klingenden Namen, der suggeriert, dass hier ein durchaus sinnvolles Register medizinischer Produkte geschaffen werden soll, wie es eine EU-Richtlinie schon seit einigen Jahren fordert. Doch handelt es sich bei dem Register nicht um ein Produktregister, sondern um eine Patient*innen-Datenbank, die alle Patient*innen mit implantierten Produkten erfasst, und zwar zwangsweise. Das Register soll, so der Gesetzestext, dem Schutz der Sicherheit der Patient*innen, der Qualitätssicherung, der Markt-

überwachung, sowie statistischen und wissenschaftlichen Zwecken dienen. Alle Implantattypen von Gelenkersatz, über Brustimplantate und Herzschrittmacher bis hin zu Stents sollen mit diesem Gesetz erfasst werden.

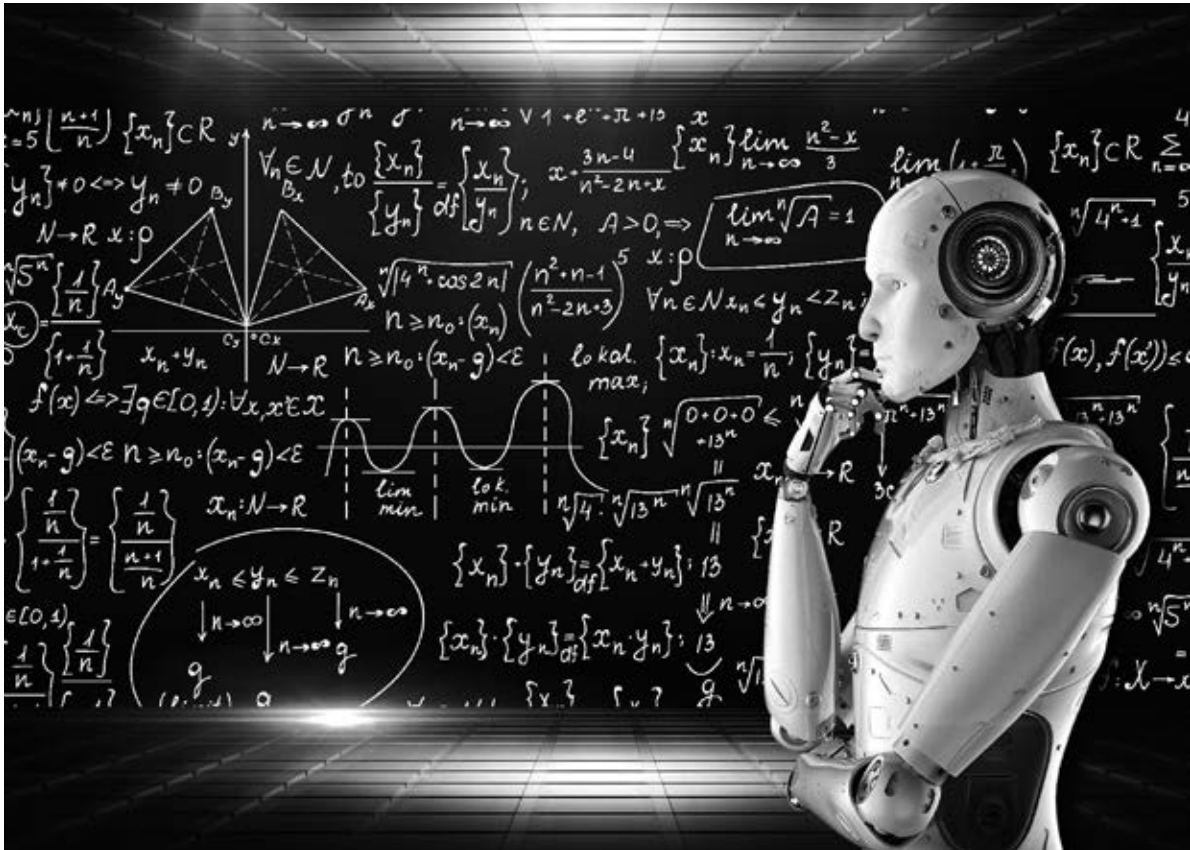
Sicher kann man über den Sinn und Unsinn von klinischen oder epidemiologischen Registern streiten (Krebsregister, Transplantationsregister, Endoprothesenregister), doch ist die Teilnahme der Patient*innen an diesen Registern meist freiwillig und die übermittelten Daten sind sehr streng begrenzt. Die Notwendigkeit eines Implantatregisters wird schon im ersten Satz der Begründung dieses Gesetzes mit dem Skandal um fehlerhafte Brustimplantate im Jahr 2010 begründet. Dabei handelte es sich bei diesem Skandal eindeutig um das Problem der CE-Zertifizierung durch den TÜV und nicht um eines der medizinischen Versorgung. Unzweifelhaft ist, dass es für Medizinprodukte, die im Körper bleiben, künftig schärfere Zulassungsverfahren geben muss, aber das hat nichts mit dem vorliegenden Gesetz zu tun.

Mit dem EIRD wird das aus den Grundrechten abgeleitete Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Patient*innen weitgehend außer Kraft gesetzt. Jeder Patient, dem ein medizinisches Implantat eingesetzt wird, wird jetzt verpflichtet, sensiblen Gesundheitsdaten zentral einem Register in z.T. pseudonymisierter Form zur Verfügung zu stellen. Technisch-organisatorische, klinische und zeitliche Daten zum Versorgungsprozess, wie insbesondere »Daten zur Anamnese, implantatrelevante Befunde, die Indikationen, die relevanten Voroperationen, die Größe, das Gewicht und die Befunde der Patientin oder des Patienten, das Aufnahmedatum, das Datum der Operation und das Datum der Entlassung« müssen der Registerstelle übermittelt werden (§16). Vom Grundsatz

der im DSGVO definierten Datenminimierung ist nicht mehr die Rede. Ausdrücklich steht den Patient*innen »kein Anspruch zu auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO oder Widerspruch nach Artikel 21 DSGVO« zu (§26). Mit der Berufung auf Artikel 23 DSGVO wird der Datenschutz bewusst ausgehebelt. Dieser Artikel der DSGVO sieht die Beschränkung der Betroffenenrechte in schwerwiegenden Fällen wie zur Sicherstellung der nationale Sicherheit, der Landesverteidigung oder der öffentlichen Sicherheit vor. Diese Beschränkungen müssen ausführlich begründet werden (vielleicht umfasst die Begründung des EIRD deshalb fast 100 Seiten).

Wenn schon »die Verbesserung der medizinischen Versorgung mit Implantaten und langfristig der Gesundheit der Bevölkerung und kurzfristig auch der Gesundheit einzelner Patientinnen und Patienten« solch schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte der Patient*innen rechtfertigt und damit der Sicherstellung der nationalen Sicherheit und der Terroristenbekämpfung gleichgestellt wird, dann ist der Datenschutz endgültig ausgehebelt. Weniger Datenschutz ist gut für die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung – so die These. (Oder, wie Spahn schon früher feststellte: »Datenschutz ist etwas für Gesunde«) Welche Begründung gibt es dann noch, diese Einschränkung des Datenschutzes nicht auch für Volkskrankheiten wie Diabetes, Herzinfarkt oder maligne Erkrankungen zu fordern?

Interessant ist hierbei die Begründung dieser Einschränkung der individuellen Rechte: »Der Schutzbereich des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung gewährleistet die Befugnis des Einzelnen, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten zu bestimmen. Dieses Recht ist aber nicht



© Image via www.vpnsrus.com

schrankenlos gewährleistet. Der Einzelne hat kein Recht im Sinne einer absoluten, uneingeschränkten Herrschaft über seine Daten. Er ist vielmehr eine sich innerhalb der sozialen Gemeinschaft entfaltende, auf Kommunikation angewiesene Persönlichkeit. Informationen, auch soweit sie personenbezogen sind, stellen ein Abbild sozialer Realität dar, das nicht ausschließlich dem Betroffenen allein zugeordnet werden kann.« (Gesetzesentwurf, S. 36) Also ist das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung kein individuelles Recht, sondern ein durch die soziale Gemeinschaft determiniertes Recht, welches der Staat einschränken kann.

Diese Interpretation ist den Intentionen der DSGVO diametral entgegengesetzt. Lapidar wird die weitgehende Abschaffung des Datenschutzes begründet: »Die verpflichtende Datenübermittlung an das IRD und die Beschränkung des Rechts der betroffenen Patientinnen und Patienten auf informationelle Selbstbestimmung sind damit zur Erreichung der gesetzgeberischen Zwecke notwendig« (Gesetzesentwurf, S. 38) Und weil man schon einmal dabei ist, den Datenschutz auszuhöhlen, wird beschlossen, die schon in bestehenden Registern mit Zustimmung der Patienten gesammelten Daten in das neue Register ohne explizite Zustimmung zu überführen: »Für betroffene Patientinnen und Patienten komfortabler ist daher eine Datenübertragung unter Einräumung eines Widerspruchsrechts.« (Gesetzesentwurf, S. 88) Die explizite Zustimmung der Patient*innen zur Übertragung ihrer einmal gespendeten Daten in ein anderes Register ist nicht mehr erforderlich.

Heribert Prantl fasst in einem Kommentar der SZ die Kritik am EIRD treffend zusammen: »Der Datenschutz, wie ihn die Europäische Datenschutzgrundverordnung besonders für sensible Gesundheitsdaten proklamiert, wird in diesem Gesetz

weitgehend abgeschafft – aus Fürsorge gegenüber dem Patienten, wie Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) behauptet. Der Patient wird also aus Fürsorge entmündigt ... So ist aus der Datenaskese, die einst das Volkszählungsurteil forderte, eine Datenekstase geworden.« (Süddeutsche Zeitung, 26.10.2019)

Bewusst hat Spahn mit diesem Gesetz die Möglichkeiten der Aushöhlung des Datenschutzes ausgelotet. »Aber es geht! – Wir sind damit gut durchs Kabinett gekommen!« Ja, es geht, man kann auch im Zeitalter der DSGVO den Datenschutz aufweichen, es muss nur gut begründet werden. Was hier an einem relativ unwesentlichem Register Gesetz geschickt und von der Öffentlichkeit kaum bemerkt durchexerziert wurde, lässt sich analog auch in anderen Bereichen anwenden. Die Instrumente zur Untergrabung des Datenschutzes könnten als Blaupause für weitere Gesetze gelten. Wenn erst einmal die Daten der elektronischen Patientenakte zentral vorliegen, könnte man mit gleicher Begründung wie bei den Implantaten mit Hinweis auf die Bedrohung der Volksgesundheit durch Diabetes, Krebs oder Demenz und die Fürsorgepflicht des Staates auf zwangsweise Datenspende dringen. Das verabschiedete Gesetz entkräftet die Bedenken gegen Telematikinfrastruktur und zentrale Sammlung von Gesundheitsdaten keineswegs. Im Gegenteil.

Wulf Dietrich ist Kardioanästhesist und war bis 2017 Vorsitzender des vdää, heute Mitglied des erweiterten Vorstands.

1 Entwurf Implantateregister-Errichtungsgesetz (EIRD) vom 29.05.2019, Drucksache 19/10523, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/I/Implantateregister-

Strukturell autoritativ und tendenziell schädlich

Norbert Schmacke und Heinz-Harald Abholz über Gesundheits-Apps

Gesundheits-Apps werden in großem Umfang angeboten und gelten in der Debatte um die Digitalisierung des Gesundheitswesens z.T. bereits als Meilenstein zur Verbesserung der Gesundheitschancen. Der entsprechende Markt ist weitgehend unreguliert. Norbert Schmacke und Heinz-Harald Abholz stellten schon Anfang 2019 gesundheitspolitische sowie medizintheoretische Überlegungen zu den Grenzen dieser Apps in Bezug auf Versorgungsverbesserungen im Vergleich zu traditionellen Beratungsmedien an. Sie kommen zu dem Schluss, dass fast durchgängig angemessene Nutzen- und Schadenbelege fehlen. Die Gesundheitspolitik ist inzwischen schon einen Schritt weiter...

Die Entwicklung von Apps ist zum Thema des Fortschritts in der gesundheitlichen Versorgung geworden. Diese werden gar als ein realisiertes Beispiel der Digitalisierung im Gesundheitswesen benutzt. Was ist dazu bisher an Nutzenbelegen vorgelegt worden, und können Apps überhaupt zu einer verbesserten Versorgung beitragen? Das sind die Fragen, die im Folgenden beantwortet werden sollen.

■ Politische Wahrnehmung von Gesundheits-Apps

»Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps« lautet der Titel einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Studie [1], deren Ergebnis vom BMG wie folgt kommuniziert wurde: »Medizinische Apps bieten zahlreiche Anwendungsmöglichkeiten, z.B. für Selbstmanagement und Therapietreue sowie Prävention und Gesundheitsförderung. Umfassende Belege für den Nutzen fehlen bisher. Allerdings gibt es einzelne Hinweise darauf, dass Apps eine positive Auswirkung auf die Zunahme der körperlichen Aktivität, die Anpassung der Ernährung und die Gewichtskontrolle haben können. Die Studie empfiehlt, die weitergehende wissenschaftliche Evaluation von Präventions-Apps sowie Apps zur Diagnostik und Therapie zu fördern, um mehr Evidenz zu schaffen« [2]. Nutzenbelege, gar an medizinisch relevanten Outcomes gemessen, liegen nicht vor.

Der damals zuständige Minister Gröhe kommentierte diese Studienanalyse: »Für viele sind Apps heute schon ein Ansporn, sich mehr zu bewegen, sich gesünder zu ernähren – und sie unterstützen z. B. auch bei der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten. Das kann vielen Menschen eine wertvolle Hilfe sein. Doch bei mehr als 100.000 Gesundheits-Apps ist es für Bürger, aber auch für Ärzte nicht einfach, zwischen guten und schlechten Angeboten zu unterscheiden. Nötig sind klare Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Patienten, medizinisches Personal und App-Hersteller« [3]. Damit liegt eine bis heute gültige Einschätzung vor, die »nur« noch die Frage aufwirft, welche Nutzen- und Sicherheitsbelege denn von den Herstellern von Gesundheits-Apps verlangt werden müssen, um sie als begründbar marktfähig oder gar von der GKV als erstattungsfähig zu betrachten.

Die Bertelsmann Stiftung kommt in ihrer Analyse von Apps aus dem Jahre 2018 zu dem Ergebnis, »dass die neue Medizinprodukteverordnung (*Medical Device Regulation*) und die Risikoklassifizierung im Grundsatz auch für Digital Health anwendbar sind.« [4]. Und das bedeutet für die Bertelsmann Stiftung zugleich, »dass sich Digital-Health-Anwendungen in ihrer Art deutlich von anderen Innovationen im Gesundheitswesen unterscheiden. Entsprechend sind bisherige Logiken und

Verfahren nicht 1:1 auf diesen neuen Innovationsbereich übertragbar.« [5].

Wenn die Medizinprodukteverordnung das schärfste Regulierungsinstrument für gesundheitsrelevante Apps sein soll, so schließen wir uns der Einschätzung des *arznei-telegramms* an: »Wesentliche Informationen zu Nutzen und Schaden bleiben Fachkreisen und Patienten weiterhin vorenthalten: Die bei Arzneimitteln in der EU üblichen öffentlich zugänglichen Bewertungsberichte wird es für Hochrisiko-Medizinprodukte (Klasse III) auch in Zukunft nicht geben« [6]. (...)

■ Anwendungsgebiete für Gesundheits-Apps

Ernährung und Bewegung: Belege für anhaltende Effekte fehlen. Immerhin gibt es zum Ziel der Gewichtsreduzierung eine RCT [8] und aus demselben Jahr ein Studienprotokoll für eine weitere RCT [9]. Ein Fortschritt gegenüber bestehenden Ansätzen der Gewichtsreduktion ist danach nicht in Sicht; wenn überhaupt müssten derartige Apps in mehrdimensionale Konzepte integriert und dann entsprechend getestet werden. Und keine App hat bislang im Bereich der Präventionskonzepte krankheitsspezifische Outcomes erhoben.

Selbstmanagement: Im Mittelpunkt steht z.B. die Kommunikation zwischen Versorgern und Patienten: »Ob eine nachhaltige Verbesserung des

Selbstmanagements durch die Verwendung von Apps erzielt werden kann, ist derzeit unklar« [10].

Telemedizinische Versorgungskonzepte: Hier wird für die Diagnostik in Dermatologie sowie Radiologie z.T. Überlegenheit technikbasierter Auswertungs-Verfahren gegenüber ärztlicher Befundbewertung geltend gemacht. Das BMG-Gutachten weist zu Recht darauf hin, dass es wichtig sei, die Validität der Diagnosen dabei zu überprüfen [11], was bisher in keiner Studie erfolgt ist.

Internetbasierte Behandlungsprogramme werden gehäuft für psychische Erkrankungen, hier vor allem für Angststörungen und Depressionen, angeboten; in diesem Fall sogar auch in Form von kontrollierten Vergleichen in Studien. Der Klassiker ist hierbei die personelle Behandlung von Depressionen im Vergleich von Internetbasierten Programmen und kognitiver Verhaltenstherapie. In einer Übersichtsarbeit bewerten Carlbbring et al die Ergebnisse vorliegender und bewertbarer Studien als vielversprechend, weisen aber darauf hin, dass echte Vergleiche zwischen krankheitsbezogenen internetbasierten und face to face Ansätzen ebenso fehlen wie Studien mit Langzeitergebnissen zu Outcomes. [12]

■ Wertschätzung versus Bewertung von Gesundheits-Apps

Der Gesundheits-App-Hype hat weiter Gründe, die über eine Technik-Begeisterung hinausgehen: »Mit Hilfe von zielgruppengerechten Angeboten zu Gesundheitsförderung und Prävention über Apps wollen Krankenkassen/-versicherungen besonders junge Menschen auf sich aufmerksam machen und als Kunden gewinnen. Der tatsächliche gesundheitsbezogene Nutzen von solchen Präventions-Apps bleibt allerdings unklar. Damit Apps in Diagnostik und Therapie durch die Versicherten erfolgreich eingesetzt werden können, bedarf es einer professionellen Beratung und Anleitung. Dabei unterscheiden sich Apps nicht von anderen medizinischen Leistungen« [13].

Vor dem Hintergrund dieser Einschätzung ist u.a. die jüngste Politik der *Techniker Krankenkasse* zu sehen, ihren Versicherten eine Diagnostik-App zur Verfügung zu stellen. Auf der Homepage der TK heißt es dazu: »Nutzer der App ›Ada‹, die TK-versichert sind, können dort ihre Beschwerden eingeben, erhalten eine persönliche Analyse und werden auf Wunsch über passende digitale Versorgungsangebote der TK informiert. In der zweiten Ausbaustufe, die voraussichtlich Anfang 2019 startet, können TK-Versicherte den Symptomcheck direkt über die neue ›TK-Doc‹-App nutzen. Nach der Bewertung mittels Künstlicher Intelligenz können sie auf Wunsch das Ergebnis über die App unmittelbar telefonisch, per Mail, per Text- oder Video-Chat mit einem Arzt besprechen« [14]. Eine Evaluation zu Nutzen und Schaden dieses Konzeptes liegt nicht vor. Der eklatante Kontrast zur Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung [15] liegt auf der Hand, wird aber bisher weder von der Politik noch der gemeinsamen Selbstverwaltung als Problem angesprochen.

Der Sachverständigenrat hat in seinem 2018er Gutachten treffend festgestellt, dass digitale Technologien aus methodischer Sicht als komplexe Interventionen zu verstehen sind, die angemessen zu untersuchen sind, möglicherweise auf Grund der hohen Wandelbarkeit von Apps mit einem erwei-

terten Instrumentarium: »Agile Evaluationsmethoden, die auch in der Lage sind, modulare, sich iterativ weiterentwickelnde Interventionen valide zu bewerten, sind hier erforderlich z. B. SMART: Sequential Multiple Assignment Randomized Trial Method oder CEEBIT: Continuous Evaluation of Evolving Behavioral Intervention Technologies« [16]. Diese Forderung ist von der Politik bislang nicht aufgegriffen worden.

Das *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* hat eine Orientierungshilfe zur Einordnung von Gesundheits-Apps [17] entwickelt, misst dieser aber selber nur den Charakter von Anhaltspunkten und Hinweisen zu. Und es heißt dann an der entscheidenden Stelle: »Die Entscheidung bzgl. der Abgrenzung und Klassifizierung, welche anhand der konkreten Zweckbestimmung der Software vorzunehmen ist, sowie des entsprechenden Inverkehrbringens obliegt jeweils dem Hersteller (Verantwortlicher nach § 5 MPG), ggfs. in Abstimmung mit einer benannten Stelle«. Von methodischen Anforderungen an die Evaluation ist nicht die Rede.

Im internationalen Schrifttum wiesen Boulos et al schon 2014 darauf hin [18], dass es bei einer damals geschätzten Zahl von 40.000 gesundheitsbezogenen Smartphone-Apps keine verwertbaren Nutzenbewertungen gebe. Und im Rahmen der Differenzierung unterschiedlich relevanter Gesundheits-Apps forderten Maddox et al 2018 [19] dass alle Ansätze von »artificial intelligence«, die den Anspruch erheben, die medizinische Versorgung zu verbessern, dieselben Evidenzbelege zu Nutzen und Schaden liefern müssen wie die Interventionen klassischer Medizin. Die FDA, [20] so diese Autorengruppe, habe das Problem zwar erkannt, lasse aber bislang klare Regularien vermissen.

Es ist überfällig, den weiter expandierenden Markt an Gesundheits-Apps fortlaufend zu analysieren und zu regulieren [21, 22]. So sehr viele der Angebote auch heute noch den Charakter von belanglosem Spielzeug haben mögen, so notwendig ist es im Licht der dramatischen Erfahrungen mit den Medizinprodukten, die Einführung aller Apps, die den Anspruch erheben, bestehende Standards der Diagnostik und Therapie verbessern zu können oder kostengünstiger als die Medizin des menschlichen Kontaktes zu sein, vor Einführung in die gesetzliche Krankenversicherung (gleiches gilt im Prinzip für die PKV) von dem Vorliegen belastbarer Studienergebnisse abhängig zu machen: Sie gehören in den bestehenden Zyklus der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren.

Zu den Kriterien für die Zulassung von Apps müsste eine Validierung diagnostischer und prognostischer Tools – wie überwiegend im Medizinbereich schon umgesetzt – gehören. Geschieht dies nicht, so ist mit einer hohen Zahl falsch-positiver als ggf. auch falsch-negativer Ergebnisse zu rechnen. Diese gefährden Nutzer wie Ärzte und erzeugen bei der dann notwendigerweise anfallenden Abklärungsdiagnostik hohe Kosten und manchmal sogar körperliche Schäden. Dies alles geschieht dann zu Lasten der Kassen – zumal davon fest auszugehen ist, dass ein Nutzer sich nicht allein aufgrund von »nur« Anamnese und einfachen Untersuchungen belehren lassen wird, dass sein App-Ergebnis fehlerhaft sei. Wie stark fehlerhaft die meisten Apps sein dürften, zeigen Untersuchungen zur Künstlichen Intelligenz, bei denen hundertfache Be-



© artificial-intelligence-4469138_1920

funde ins Kalkulationssystem eingegeben werden, dennoch die Vorhersage zur Prognose weiterhin mehr als mager ist [23,24]. Auch für therapeutische Tools können keine anderen Qualitätsmaßstäbe gelten als sie vom Gesetzgeber für die klassische Medizin gefordert werden. Ansonsten wird es zu Fehl-Behandlungen mit ggf. Schaden beim so definierten Patienten kommen.

Es ist m.a.W. dringend erforderlich, ein Kriterienraster zu entwickeln, mit dem die Flut an Gesundheits-Apps systematisch gescannt und für Markt- und GKV-Zulassung je nach Nutzen- und Gefährdungspotential von belastbaren Belegen abhängig gemacht wird. Gleiches gilt für die immer häufiger von unterschiedlichsten Anbietern entwickelten elektronischen Gesundheitskarten mit ihren teils hoch sensiblen Daten. Der Handlungsbedarf wird in den USA massiv reklamiert [25, 26]. Auch Autoren, welche die Chancen digitaler Applikationen prinzipiell hoch bewerten, fordern größere Transparenz und Sicherheitsstandards im Sinne des Verbraucherschutzes ein [27]. In Bezug auf Gesundheits-Apps kommen aus den USA die ersten Nachrichten bzw. juristischen Verfolgungen von Daten-Übertragung der App-Eingaben an Betreiber Sozialer Netze [28].

■ **Wo sind die »natürlichen« Limitationen der Gesundheits-Apps?**

Um diese Frage zu beantworten, ist es notwendig zu klären, was von der »Logik einer App« her überhaupt möglich ist und ob dies zu Verbesserungen in der Versorgung führen kann oder sogar Schaden erwarten lässt. Hinter Apps stehen medizinische Algorithmen zu Diagnostik und Therapie. Diese fassen zusammen, was das Wissen zu einem Themenbereich – Diagnose, Beschwerden, Befunden etc. – beinhaltet und welche Versorgungshandlungen daraus erfolgen sollten. Algorithmen sollten zwingend evidenzbasiert sein, also im Wesentlichen eine Studienbasierung haben bzw. aus Evidenz basierten Leitlinien stammen. Ist dies *nicht* der Fall, so wird man mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Nutzen mittels Algorithmus oder App schon im Vorhinein ausschließen können. Und wie oben gezeigt, fehlt es bislang nahezu durchgängig an belastbaren Belegen.

Ist es aber der Fall, dass eine Evidenz-Basierung im Hintergrund stehender Algorithmen vorliegt, so gibt es dennoch erheblichen Grund zum Zweifel, dass ein Nutzen-Zuwachs im Vergleich zu herkömmlicher Versorgung

anzunehmen ist. Algorithmen stellen Zusammenfassungen und damit Vereinfachungen der Darstellung des bestehenden Wissens sowie der daraus resultierenden Handlungskonsequenzen für den Versorger – oder in Apps den Nutzer – dar. Dies ist bei Algorithmen sogar deren Funktion. Nur finden sich Algorithmen meist in einem Textzusammenhang – z.B. einer Leitlinie – und machen es dort leichter, denn eine feiner differenzierte Darstellung auch nachzulesen, die in allen Algorithmen schon aus didaktischen Gründen wegfallen müssen. Algorithmen bilden das Kerngerüst, nicht aber das weiter differenzierte Wissen ab.

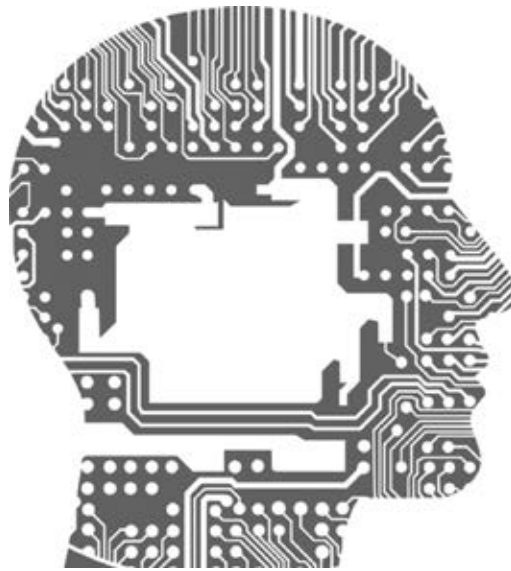
Bei Apps kommt es dann nochmals zu einer weiteren Vereinfachung: Es muss auf das Laienverständnis angepasst werden und es müssen an Stellen mit vielfältigen Entscheidungsmöglichkeiten meist weitere Vereinfachungen vorgenommen werden. Und – im Gegensatz zu Algorithmen – gibt es meist keinen differenzierenden Text, der Schritte mit Entscheidungscharakter in einer App abwägend darstellt.

Man hat es also bei Apps i.d.R. mit einem sehr »groben Werkzeug« zu tun. Grobe Werkzeuge sind aber nur tauglich, eine erste Orientierung zu geben, hinter der dann weitere Schritte erfol-

gen müssen, die weiter zu differenzieren helfen. Es muss dann die »Feinarbeit« gemacht werden. Daraus folgt für Apps: Sie können bestenfalls dem Nutzer auf etwas aufmerksam machen – so wie es bisher Illustrierten-Artikel machten. Eine »Feinarbeit« danach hat aber mit Hilfe des Behandlers zu erfolgen: Damit geschieht in etwa das, was in jedem Screening-Programm (Früherkennungsprogramm), bewusst auch so geplant, geschieht: Man findet Viele, weiß aber, dass nur Wenige von der gesuchten Krankheit betroffen sind oder einer Behandlung wegen dieser bedürfen. Dies macht immer die Abklärungsdiagnostik bei Screenings notwendig. Und für den Bereich der Therapie ist es identisch, auch hier muss unter Berücksichtigung aller Aspekte des Betroffenen/Patienten entschieden werden, wer von diesen eine Behandlung braucht, welche für diesen die beste ist und wie man dies dem Patienten nahebringen kann. Denn Viele haben einen bestimmten Befund, gar eine bestimmte Krankheit, aber nur einige davon brauchen jene oder – aus bestimmten Gründen – eine andere Behandlung, oder gar keine Behandlung. Dahinter steckt, dass der Mensch, der Kranke, ein sehr komplexes »Gebilde« ist – z.B. mehrere Krankheiten zugleich hat, eigene Vorstellung zum Umgang mit seiner Krankheit hat etc. Und der Behandler muss in dieser Komplexität des Patienten das herausfinden, was adäquat für diesen Menschen ist [29].

In einem Algorithmus – und erst recht in der nochmals vereinfachenden Darstellung einer App für Laien – ist eine solche Differenzierung in Bezug auf die Notwendigkeiten und Möglichkeiten von entweder weiter gehender Diagnostik oder dem Finden eines Therapiekonzeptes für den einzelnen Menschen/Patienten nicht möglich. Denn eine Behandlungsempfehlung einer App kann nicht die differenzierende Beurteilung, die im Vorfeld einer Empfehlung notwendig ist, erarbeiten lassen: Zu viele Aspekte, Zusatzbefunde und nicht zuletzt die Präferenzen des Patienten können in einem solchen System nicht berücksichtigt werden. Und es sei daran erinnert: Selbst Künstliche Intelligenz in Hand der Experten ist zumindest heute noch sehr beschränkt in Be-

zug auf valide Aussagen- und selbst, wenn dort massenhaft mehr Daten eingegeben werden, als eine App abverlangen kann [23,24]. Die Autoren der viel zitierten Studie zum Vergleich der Qualität dermatologischer Diagnosen inklusive Melanomen zwischen erfahrenen Dermatologen und künstlichen neuronalen Netzen merkten denn auch an, dass ihre Pilotstudie in weiteren praxisnahen Vergleichsstudien fortgeführt werden muss [30]. Hänssle, Erstautor einer Nachfolgestudie [31] wird im *Deutschen Ärzteblatt* wie folgt zitiert: »Der Computer spuckt lediglich Wahrscheinlichkeiten aus. Was das letztlich bedeutet, muss dann der Arzt entscheiden« [32]. Es ist weiter anzu-



© 2099120-009688

merken, dass derartige hoch aufwändige interessante Ansätze »künstlicher Intelligenz« bei der Auswertung von Bilddateien nicht zu der Annahme führen dürfen, dass sie in Bereiche außerhalb der Bildgebung übertragbar wären.

Man hat sich klar zu machen, dass selbst relativ klar erscheinende Dinge wie »weitere Diagnosen«, die ja abgefragt werden können, sehr Unterschiedliches enthalten: Ein »Hochdruck« kann akut oder auch auf 10 Jahres-Perspektive gesehen sehr bedrohlich aber auch sehr harmlos sein. Ein Gallensteinleiden kann einem Ultraschallbefund entsprechen, aber auch eine potentiell gefährliches Leiden mit Leberschäden und Koliken beinhalten. Oder als anderes Beispiel: Eine Medi-

kation wegen des Leidens A kann mit einer anderen Medikation wegen Leidens B »relativ kontraindiziert« sein. Nur muss sie nicht selten dennoch für beide Krankheiten erfolgen – hier zu entscheiden, überfordert jede vorstellbare App. Eine Feinarbeit durch den Behandler ist noch aus anderem Grund notwendig: Es sind fast immer personen-getragene Beziehungen notwendig, um alles vom Patienten zu erfragen, Feinheiten seiner Darstellung zu Beschwerden oder einem Leiden herauszufinden, um dann erst zu dem zu kommen, zu dem er Bedenken hat, die ausgeräumt oder berücksichtigt werden müssen. Und der Patient muss zu Behandlungen (Diagnostik oder Therapie) gewonnen werden: Dafür ist zum einen Information erforderlich, aber zu großem Teil auch beziehungs-getragener ärztlicher Rat mit Hintergrund einer gewachsenen Patient-Arzt-Beziehung.

Eigentlich kann eine App, soll mit ihr kein Schaden über Vergrößerung von real vorhandener Komplexität angerichtet werden, nur mit dem Satz enden: Gehen Sie zum Behandler; bzw.: Es scheint, dass Sie keine Behandlung brauchen. Damit aber kommen Apps nicht über das hinaus, was Illustrierten-Artikel, in denen man sich oder ein Problem von sich erkennt, auch schon leisten. Das ist in beiden Fällen etwas Gutes, nur ist es technischer getragen mittels App deswegen nicht besser. Also kann man raten, es der Präferenz des Käufers zu überlassen, ob er sich Illustrierte oder eher Apps kauft. Aber es steht zu befürchten, dass bei einer App – im Vergleich zur Illustrierten – ein größeres Schadensproblem entstehen kann: Apps sind strukturell autoritativ und machen – gestärkt noch durch Technik-Begeisterung ihrer Nutzer – Vorgaben, was zu tun ist. Nur sind diese Vorgaben – gemessen am Standard der heutigen ärztlichen Versorgung – häufig inadäquat für den Nutzer, werden aber mit der Autorität eines technischen Systems »vorgebracht«. Wer dann ohne eine »Feinarbeit« bei einem Behandler dem Ergebnis einer App folgt, läuft große Gefahr, falsch behandelt zu werden. Da ist die

Komplexität eines Problems, das in der textlichen Form eines Illustrierten-Artikels oder einer Aufklärungsbroschüre vorgestellt wird, noch viel eher darzustellen. Und solche Texte enden nicht – oder nur mit deutlich schwächerer Autorität – mit Vorgaben zu Diagnostik oder Therapie.

■ Schlussfolgerungen

Apps können von deren »Logik« her keine Versorgungs-Verbesserung über das hinausgehend erbringen, was auch Texte in Form von Zeitschriften-Artikeln oder Broschüren zu identischen Themen vermitteln. Gesundheits-Apps mit diagnostischem, prognostischem und therapeutischem Anspruch bergen automatisch immer auch Schadenspotentiale, wie jede medizinische Anwendung generell dies tut – und bedürfen

deshalb angemessener Regulierung für ihre Zulassung. Zu bedenken ist, dass Apps auch insofern zusätzlichen Schaden anrichten können, weil sie in einer stark durch digitale Medien definierten Welt vermutlich mit einem hohen Grad von Autorität von vielen Menschen erlebt werden – mehr als Zeitschriften-Artikel allemal. Insofern sind unsere Kernaussagen: Man sollte sich nicht verleiten lassen, intuitiv zu unterstellen, dass Apps inhaltlich grundsätzlich andere Lösungen von Versorgungsproblemen im Vergleich zu klassischen Medien bieten können. Selbst aber dann, wenn für klinisch relevante Apps die zu fordernde Nutzen-Schadens-Studien angefertigt werden, ist schon heute gut begründbar zu vermuten, dass aufgrund der Logik der Apps und der nicht ausreichenden Studiendaten zu vielen diagnostischen und therapeu-

tischen Interventionen, die im Hintergrund ja vorhanden sein müssten, Apps nur sehr begrenzt sichere »Ausagen« präsentieren können. Und damit wiederum ist zu schlussfolgern, dass sich kaum ein Zusatznutzen in Bezug auf Outcomes von Erkrankungen ergeben wird – etwas, was man in der Medizin heute ja bei Zulassung neuer Leistungen vorlegen muss.

(Der Artikel ist zuerst erschienen in der Zeitschrift »Gesundheits- und Sozialpolitik«, 2/2019; wir danken dem Nomos-Verlag für die freundliche Erlaubnis, ihn nachzudrucken. Die Fassung des Textes mit den Fußnoten findet sich auf der Homepage: <https://gbb.vdaee.de/>)

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, Abteilung Versorgungsforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen; Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Gesundheits-Apps – Rückschritt durch technischen Fortschritt

von Benjamin Wachtler

Der Markt der Gesundheits-Apps ist in den letzten Jahren rasant gewachsen. Derzeit finden sich in den App-Stores von *Android* und *Apple* zusammen ungefähr 130.000 Apps, die in der Rubrik Gesundheit geführt werden. Es herrscht Goldgräberstimmung in den Start-Ups der Metropolen: Es gilt, den Gesundheitsmarkt zu erobern, der mit seinen regulierten Strukturen ein immenses Einsparungs- und Modernisierungspotential verspricht und damit traumhafte Anlagemöglichkeiten für privates Kapital. Doch die Heilsversprechungen von Technologieindustrie und Teilen der Gesundheitswissenschaften können durch die Apps meist nicht erfüllt werden, wie Norbert Schmacke und Heinz-Harald Abholz in ihrem Beitrag deutlich machen. Neben der Tatsache, dass die allermeisten Apps keinen Nutzen, geschweige denn einen Zusatznutzen nachweisen können, ist zu befürchten, dass der »Gesundheits-App-Hype« zu einem Rückschritt hin zu einem biologisch-individualistischem Verständnis von Gesundheit, Krankheit, Prävention und Gesundheitsförderung führen wird.

Denn fast allen Anwendungen ist gemein, dass sie sich ausschließlich auf das individuelle Verhalten fokussieren oder die individuelle medizinische Therapie unterstützen sollen. Das individuelle Verhalten soll durch technische Unterstützung modifiziert werden und wird so isoliert zum alleinigen Handlungsfeld der Prävention. Damit wird das Gesundheitsverhalten losgelöst von seinen sozialen Bedingungen ausschließlich im Kontext der individuellen Verantwortung gedacht. Diese Fokussierung auf die individuelle Verhaltensprävention widerspricht dabei den Forderungen des Präventionsgesetzes, die lebensweltlichen Bedingungen in denen Menschen leben bei der Entwicklung von Angebo-

ten der Prävention und Gesundheitsförderung miteinzubeziehen, und es ignoriert wesentliche Erkenntnisse aus Public Health und Gesundheitswissenschaften hinsichtlich wirksamer und nachhaltiger Interventionen der Gesundheitsförderung. Durch die in der Natur von Gesundheits-Apps liegende Fokussierung auf das individuelle Verhalten als alleinige Ursache von Gesundheit und Krankheit werden somit die weiteren gesellschaftlichen Bedingungen aus dem Bereich von Medizin und Prävention entfernt. Die Potentiale der »Verhältnisprävention«, also der Vermeidung von Krankheit durch die Verbesserung der sozialen Bedingungen, in denen Menschen leben und arbeiten, drohen durch den digitalen Hype noch mehr als bisher ignoriert zu werden.

Gleichzeitig wird Gesundheits-Apps immer wieder das Potential zugeschrieben, die Gesundheitschancen zu verbessern. In Bezug auf die gesundheitliche Chancengleichheit zeigen die wenigen internationalen Studien jedoch, dass Gesundheits-Apps die soziale Ungleichheit weiter reproduzieren. Sie werden mehr von den Menschen in höheren sozioökonomischen Positionen genutzt und vergrößerten, sollten sie wirklich wirken, die soziale Ungleichheit in der Gesundheit eher. Bei wenig nachweisbaren Nutzen bergen Gesundheits-Apps als Ausdruck eines unreflektierten und unkontrollierten technischen Fortschritts also prinzipiell das Risiko zu einem theoretischen und praktischen Rückschritt im Bereich der präventiven Medizin und Gesundheitsförderung.

Dr. Benjamin Wachtler ist Mitglied im erweiterten Vorstand des vdäa und arbeitet in Berlin.

Mehr Heu als Nadeln

Werner Bartens entmystifiziert die Künstliche Intelligenz in der Medizin

Werner Bartens, leitender Redakteur des Ressorts »Wissen« in der Süddeutschen Zeitung und promovierter Arzt und Autor, veröffentlichte in der SZ (06.12.2019) einen Kommentar zum Hype um künstliche Intelligenz (KI), Big Data und Digitalisierung in der Medizin, dessen Argumente es wert sind, hier zusammengefasst zu werden.

Immer mehr und immer schneller würden neue Entwicklungen in der digitalen Technik mit einer »unkritischen Euphorie« in der Medizin die Marketing-Etiketten »KI« und »Innovation« verpasst und suggeriert werden, dass diese Ärzt*innen und Pflegekräften überlegen seien. Doch die Idealvorstellung, dass durch solche neue Innovationen Ärzt*innen und Pflegekräfte zukünftig mehr Zeit für ihre Patient*innen hätten und durch KI in ihren Entscheidungen entlastet werden können, täusche. Ebenso trüge der Schein von genaueren Diagnosen und hilfreichen Therapieentscheidungen, die eine rasante Heilung versprechen. Bartens will zeigen, dass das »blinde Vertrauen in Diagnosen mithilfe der KI enorme Nachteile« birgt.

Er beschreibt eine Studie aus Stanford, in der Ärzt*innen mithilfe von KI bestimmen sollten, ob es bei Patient*innen mit einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung noch Hoffnung auf Heilung gäbe oder ob eine palliative Situation vorliege. Im Endeffekt stimmten die Sichtweisen von unabhängigen Ärzt*innen kaum mit denen der KI überein – oftmals wären Patient*innen vorzeitig in eine Palliativsituation eingeordnet worden, bei denen die Ärzt*innen wiederum noch zuversichtlich auf einen Therapieerfolg blickten. Als Haupterkennnis erläutert Bartens, kann die KI nicht wie ein soziales Wesen Mensch, zwischen objektiv begründeten Befunden und dem subjektiven Befinden von Patient*innen unterscheiden. Sie könne kein Einfühlungsvermögen aufzeigen, und schwieriger psychosoziale Faktoren erkennen, die häufig auch Krankheitsverläufe beeinflussen können. Erschwerend kommt hinzu, dass außerdem bei vielen Menschen objektive medizinische Befunde nicht immer mit einem persönlichen Leidensdruck einhergehen oder es im Gegensatz dazu, etliche psychosomatische Erkrankungen und Symptome gibt, die beispielsweise keine auffälligen Befunde in der medizinischen Diagnostik aufweisen. Diese Komplexität und Individualität des Menschen könne, so Bartens, kaum mit mathematischen Algorithmen aufgeschlüsselt werden und führe »nur zu Konfusion und falschen Ergebnissen«. Es sei eigentlich trivial, dass ein Mensch keine Maschine ist, die nach binären Mechanismen funktioniert.

Ergänzend dazu betont Bartens, dass die Fehler und Probleme der KI an der Basis zu finden sind, quasi »als Strukturfehler im System«. Es seien keine Kleinigkeiten, die sich leicht durch IT-Spezialist*innen oder Techniker*innen in den Krankenhäusern beheben lassen, wie es die Akzeptanzrhetorik der Befürworter suggeriere. Dabei beruft er sich auf Informatiker*innen und Statistiker*innen, die im Deutschen Ärzteblatt im September 2019 hervorheben, dass viele Aspekte innerhalb von Big Data in der Forschung noch nicht realisiert seien und »viele noch Wunschdenken« sei. Big Data verleihe außerdem zum »Quantitätsrausch«: Allzu oft werde angenommen, dass mehr Daten und noch höhere Geschwindigkeit der Verarbeitung Probleme löse bzw. dass mit genügend Daten die Zahlen für sich sprächen. Bartens zitiert zustimmend den Statistiker David Spiegelhalter, der diese Versprechungen von KI und Big Data in der Medizin für »optimistische Übereinfachungen« oder gleich für »völligen Quatsch« hält. Der Risikoforscher Nassim Taleb halte es gar für die »Tragödie von Big Data«, dass mit der Anzahl der Variablen die Menge signifikanter Korrelationen nicht etwa linear, sondern konvex ansteigt. Das Rauschen wächst schneller als das gesuchte Signal«, zitiert Bartens Taleb. Bei der sprichwörtlichen Suche nach der Nadel im Heuhaufen gebe es mehr Heu, nicht mehr Nadeln.

Alles in allem ist der Kommentar von Bartens eine Warnung, unkritisch an die hochgelobten Zukunftsperspektiven von Big Data, KI und der Digitalisierung in der Medizin heranzutreten und sich den Vorteilen einer sozialen Interaktion zwischen Ärzt*innen bzw. Pflegekräften und Patient*innen bewusst zu werden, die KI nicht ersetzen kann.

Zusammenfassung: Elena Beier

(Siehe: Werner Bartens: »Künstliche Intelligenz in der Medizin: Neue Errungenschaften oder alles nur ein großer Bluff?«, SZ 06.12.2019)

Big Data und Gesundheit

Stellungnahme des deutschen Ethikrates 2018 zu Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung

Wir dokumentieren hier die Einleitung der Stellungnahme des Ethikrats ab. Bei Interesse zur tieferen Lektüre findet sich der Text zur freien Verfügung im Internet.

Big Data gehört zu den Schlüsselbegriffen der gegenwärtigen Debatte über die technologisch induzierte gesellschaftliche Veränderung. Obwohl die als Big Data zusammengefassten Technologien oft selbst keiner festgelegten, eindeutigen Definition folgen, entfaltet der Begriff in der Öffentlichkeit große Wirkmacht. Hinter dem Stichwort Big Data verbirgt sich ein zentraler Mechanismus der Datenwelt: die Erfassung, Analyse und neue Verknüpfung wachsender Datenmengen auf Grundlage einer aufwendigen Infrastruktur. Die Menge der weltweit kursierenden Daten wächst stetig und rasant an. Durch Rekontextualisierungen und Rekombinationen lassen sich immer weitergehende Erkenntnisse aus den vorhandenen und neu erhobenen Daten gewinnen. Die mit Big Data verbundenen Prozesse gehen dabei über die bisherige, auf einen bestimmten Verwendungszweck konzentrierte Datenerfassung weit hinaus. Sie fordern deshalb unseren bisherigen Umgang mit Daten heraus und konfrontieren uns mit Fragen zu einer Reihe gesellschaftlicher Praktiken, wie die Gestaltung von Versicherungsverträgen, und zu angemessenen rechtlichen Standards, insbesondere den Datenschutz. Die Diskussion um Big Data betrifft im Kern unser Selbstverständnis als Einzelne sowie als Gesellschaft unter den Bedingungen der Digitalisierung und der zunehmenden Vernetzung.

Die transformativen Potenziale von Big Data für Individuen und Gesellschaft zeigen sich in besonders anschaulicher und eindrücklicher Weise im Gesundheitsbereich. Schon jetzt ar-



Analysen ermöglichen nicht nur tiefe Einblicke in den aktuellen Gesundheitszustand, die Persönlichkeit und den Lebenswandel, sondern erlauben mitunter sogar entsprechende Vorhersagen. Insgesamt fließt eine immer größere Zahl verschiedener Datenströme in Big-Data-basierte Auswertungshorizonte ein.

Die beschriebene Verknüpfung unterschiedlicher Datenarten verspricht neue Erkenntnisse für wissenschaftliche Forschung und medizinische Behandlungsstrategien. Die gemeinsame Auswertung von zum Beispiel klassischen medizinischen Daten, Forschungsdaten, Daten öffentlicher Gesundheitsversorgung, Bewegungsdaten, Fitnessdaten, Daten aus sozialen Netzwerken und Versicherungs-

daten ermöglicht ganz andere Einblicke und Eingriffe beim Umgang mit Gesundheitsrisiken und Krankheiten als bisher. Dass solche Visionen besserer, schnellerer und präziserer Diagnose, Prävention und Behandlung überhaupt möglich erscheinen, hängt jedoch auch mit der Entgrenzung von Gesundheitsfragen zusammen, in deren Zuge alles, was wir tun und erleben, nicht nur in Bezug auf unsere Gesundheit analysiert wird, sondern beispielsweise auch in die Berechnungen des Krankheits- oder Gesundheitsstatus einfließen kann. Dies gilt für medizinische Diagnosen, Therapie- und Präventionsoptionen ebenso wie für die Kalkulationen von Krankenversicherungsprämien oder von Berufsrisiken.

Gesundheitsdaten gelten herkömmlich als besonders sensible Daten und sind entsprechend geschützt. Hierfür gibt es mindestens zwei Gründe: Wo in

arbeiten immer mehr Forscher, Firmen und Ärzte mit riesigen Datenmengen. Gesundheitsdaten werden aber längst nicht mehr nur in Arztpraxen und Studien gesammelt, sondern auch von Bürgern selbst erfasst – etwa über die Sensoren und Apps von Mobiltelefonen und am Körper getragenen Geräten (Fitness-Tracker, Smartwatches). Gleichzeitig wachsen dank neuer Entwicklungen in der Datenwissenschaft und Dateninfrastruktur die Möglichkeiten, die so gewonnenen, vielfältigen Daten schnell und effektiv auszuwerten, auszutauschen und sie miteinander sowie mit anderen Daten zu verknüpfen, die gerade in der Zusammenschau ebenfalls gesundheitsrelevant werden können, zum Beispiel Informationen über das Einkaufsverhalten, Suchanfragen im Internet, Ortsdaten oder die Analyse von Text-, Sprach- und Videomaterial. Solche

einem sozialen Kontext (Beruf, Verträge, Beziehungen) als ungünstig erachtete Gesundheitszustände bekannt werden, kann dies für die Betroffenen zu Benachteiligungen – bis hin zu Diskriminierungen und Stigmatisierungen – mit der Folge sozialer und gegebenenfalls vertraglicher und finanzieller Exklusion führen. Zweitens und unabhängig von solchen Folgenabwägungen gilt die leibliche Konstitution der Person in unserer Gesellschaft als etwas zutiefst Intimes. Über sie muss bis auf im Einzelnen zu begründende Ausnahmefälle keine Rechenschaft gegenüber anderen abgelegt werden. Ob bestimmte Daten als sensibel oder gesundheitsrelevant zu betrachten sind, lässt sich jedoch angesichts der neuen Kombinations- und Auswertungsmöglichkeiten von Big-Data-Anwendungen oft nicht mehr bei der Erhebung bestimmen, sondern hängt zunehmend vom Kontext ab, in dem die Daten verwendet werden.

Auch die massive Einflussnahme auf diesen Sektor durch große IT- und Internetfirmen, die ihren Firmensitz außerhalb von Europa haben und derzeit noch immer, auch innerhalb Europas, schwer zu kontrollieren sind, verschärft die Herausforderung für den Einzelnen sowie für die Gesellschaft. Zentrale Prinzipien wie Privatheit und informationelle Selbstbestimmung erscheinen nicht nur gegen Eingriffe von außen zunehmend schwer zu verteidigen zu sein, sondern auch wegen des Verhaltens der Betroffenen selbst, die für die Servicevorteile vieler Apps, Programme und internetbasierter Technologien Eingriffe in den intimsten Persönlichkeitsbereich billigend in Kauf nehmen. Damit deutet sich ein weiterer Problembereich an: Individualisierung, die bei medizinischer Prävention und Behandlung möglicherweise segensreich ist, kann im Versicherungswesen und im sozialen Miteinander bewusste oder unbewusste Dynamiken der Entsolidarisierung hervorrufen. Was der Prämienvorteil für den einen wäre, könnte letztlich einen finanziellen Nachteil für den anderen bedeuten. Wer verbreiteten Verhaltensratschlägen zukünftig nicht folgt, könnte Gefahr laufen, Versicherungsschutz nur zu schlechteren Konditionen oder gar nicht zu erhalten.

Durch Big Data im Gesundheitsbereich eröffnen sich also einerseits vielversprechende neue Perspektiven und Chancen für die Erforschung, Prävention, Diagnose und Behandlung von Krankheiten. Andererseits sind aber auch ernst zu nehmende Herausforderungen und Risiken für verschiedene gesellschaftliche Bereiche zu erkennen. Angesichts der starken Veränderungen, die diese Chancen und Risiken sowohl für den Einzelnen als auch die Gesellschaft bewirken könnten, stellen sich für den Einsatz von Big Data im Umgang mit Gesundheit zahlreiche Fragen: Wie berührt zum Beispiel die immer engmaschigere und oft kaum merkbare Sammlung gesundheitsrelevanter Daten unsere Selbstwahrnehmung, Freiheit und Selbstbestimmung? Entpuppt sich das, was unter den Bedingungen von Big Data Selbstbestimmung zu sein scheint, am Ende möglicherweise als Selbstentmündigung, oder handelt es sich dabei nur um eine jener Veränderungen des eigenen Selbstverständnisses, wie sie im Laufe eines Lebens durchaus öfter stattfinden? Wie können Privatpersonen, Forscher und Firmen verantwortungsbewusst mit Big Data umgehen, und wie lässt sich die Qualität und Zuverlässigkeit komplexer Datenauswertungen sichern? Welche Herausforderungen stellen sich für Solidarität und Gerechtigkeit, zum Beispiel mit Blick auf Krankenversicherungen, aber auch mit Blick auf die Forschung, die für Big-Data-Anwendungen viele Daten benötigt? Wie kann das Vertrauen in die Forschung gewahrt bleiben, wenn auch anonymisierte Probandendaten zumindest im Prinzip immer wieder entschlüsselt werden können? Welche regulatorischen Mechanismen und Anreize bieten sich, um die Chancen und Risiken von Big Data im Gesundheitsbereich angemessen zu handhaben? Und wo sollen aus der Sicht des Individuums oder des regulierenden Staates Grenzen für die Erhebung, Verknüpfung und Nutzung von Daten gezogen werden? Sollten wir überhaupt Grenzen ziehen oder stattdessen die bisherigen Grenzen, wie gegenwärtig gültige Standards des Datenschutzes, lockern, um die gewünschten Effekte von Big Data noch besser nutzen zu können?

Angesichts solcher und anderer Fragen und Herausforderungen gilt es, zumindest aufmerksam wahrzunehmen, wie weit Big Data Einfluss auf das Verständnis von Gesundheit, Selbstbestimmung und sozialem Miteinander hat. Ziel muss es sein, diese Entwicklung so zu gestalten, dass sie nicht nur – was zunächst durchaus legitim ist – zu Gewinnen diverser beteiligter Unternehmen führt, sondern auch die reale Freiheitsgestaltung der Menschen in der Gesellschaft sichert und fördert. Die vorliegende Stellungnahme zielt vor diesem Hintergrund darauf, Sensibilität für das drängende Thema Gesundheit und Big Data zu wecken und zugleich ethische und rechtliche Standards auf diesem Felde zu setzen. (...)

Die Antworten darauf münden in die Forderung, mittels eines den neuen Big-Data-Bedingungen angemessenen Gestaltungs- und Regelungskonzepts das zentrale Ziel der Datensouveränität zu erreichen. Dieser Begriff ist im Zusammenhang mit Big Data in unterschiedlichen Bedeutungen geläufig; hier wird er verstanden als eine den Chancen und Risiken von Big Data angemessene verantwortliche informationelle Freiheitsgestaltung. Dieses Konzept nimmt damit basale rechtliche und ethische Überlegungen auf und entwickelt sie bereichsspezifisch weiter. Datensouveränität umzusetzen, ist eine komplexe Aufgabe, in der eine Vielzahl von Akteuren und unterschiedliche Interessen berücksichtigt werden müssen. Die Grundlagen, jetzt hierfür technisch, ökonomisch, rechtlich, politisch und kulturell geschaffen werden, entscheiden langfristig über die gesellschaftliche Bedeutung von Gesundheit und Selbstbestimmung. In diesem Sinne formuliert der Deutsche Ethikrat abschließend Empfehlungen zum Umgang mit den erkannten ethischen, rechtlichen und sozialen Herausforderungen, die sich durch Big Data in gesundheitsbezogenen Bereichen ergeben.

(Quelle: Deutscher Ethikrat: »Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung«, Berlin 2018, <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-big-data-und-gesundheit.pdf>)

Kapital digital?

Michael R. Krätke über Marx und die digitalen Zukünfte des Kapitalismus

Was hat uns Marx über den gegenwärtigen Kapitalismus noch zu sagen? Die Frage ist berechtigt. Denn Marx' ökonomisches Hauptwerk, »Das Kapital«, d.h. der erste Band dieses Wälzers, erschien vor 150 Jahren, im September 1867. Die ersten und zum Teil auch wichtigsten Entwürfe zum zweiten und dritten Band dieses Werks stammen aus den Jahren 1864 und 1865.

Allerdings handelt das Marxsche »Kapital« nicht vom Kapitalismus des 19. Jahrhunderts. Sondern es soll die Logik der kapitalistischen Entwicklung, den inneren Zusammenhang aller Phänomene einer kapitalistischen Ökonomie entschlüsseln. Eine »allgemeine Theorie« soll das sein, allerdings eine, die der Dynamik des Kapitalismus folgt und seine Krisen und Konjunkturen, seine Transformationen und Revolutionen erklären kann. Marx konstruiert keine Theorie des »reinen Kapitalismus« ohne Rücksicht auf dessen Geschichte. Er ist an den langfristigen Tendenzen der kapitalistischen Entwicklung interessiert, studiert sie im Blick auf die Zukunft: Wie wird die Welt aussehen, wenn der Kapitalismus sich ungehemmt und ungebremst entwickeln und ausbreiten kann? Das hochindustrialisierte England seiner Zeit bzw. später die USA als das Land, wo die kapitalistische Industrialisierung überall – gerade in der Landwirtschaft – am schnellsten vorangeht, interessieren ihn, weil sie das Bild der Zukunft für die ganze kapitalistische Welt zeigen.

■ Marx' technologische Studien

Obwohl von Haus aus Philosoph und Jurist, hat Marx sich mit 25 Jahren auf das Studium der politischen Ökonomie verlegt. Vierzig Jahre lang blieb er dran, bis zu seinem Tode im März 1883. Als Autodidakt und Zeitgenosse des Höhepunkts der ersten industriellen Revolution in England war er von den da-

maligen technologischen Revolutionen begeistert. Da er den entwickelten Kapitalismus von Anfang an als eine hochtechnologische Produktionsweise sah, die die Welt weit gründlicher verändern werde als alle früheren Wirtschaftsformen, hielt er, anders als die meisten zeitgenössischen Ökonomen, das gründliche Studium der zeitgenössischen Technologie und Naturwissenschaften für unabdingbar. (...) Marx war aber alles andere als ein kritikloser Bewunderer der neuen industriellen Agrikultur und der großen Fabrikindustrie, er sah deren zerstörende soziale und ökologische Folgen genau. Er kannte die Schriften der zeitgenössischen englischen Autoren wie Andrew Ure, des Propagandisten des Fabriksystems, oder Charles Babbage, des Erfinders des ersten mechanischen Rechenautomaten und Theoretikers der rationalen Betriebsorganisation. Er studierte Schriften des Pioniers der Agrochemie Justus von Liebig, und er teilte den Glauben dieser Zeitgenossen an die fast unbegrenzten Möglichkeiten zur Entwicklung der gesellschaftlichen Produktivkräfte, die mit den neuen Technologien und mit der neuen Betriebsweise des Fabriksystems eröffnet worden waren. Aber er hielt weder die Technik, noch die Technologie und Naturwissenschaften für die treibende Kraft. Die treibende Kraft des ungeahnten Tempos, in dem die Produktivität der gesellschaftlichen Arbeit gesteigert wurde, lag für ihn in der spezifischen Dynamik des modernen Kapitalismus.

■ Ein Merksatz von Altvater Marx: Technologie ist nicht politische Ökonomie

Um Marx' Haltung zu den technischen Revolutionen seiner Zeit zu verstehen, ist es nützlich, sich einen seiner beiläufig aufgestellten Kernsätze in Erinnerung zu rufen: »Allein politische Ökonomie ist nicht Technologie«. Es ist nicht die Pro-



© Geralt pixabay.com

duktions-, Transport- oder Kommunikationstechnologie, die den Gang der kapitalistischen Entwicklung bestimmt, sondern anders herum. Es ist die neue, spezifisch kapitalistische Betriebsweise des Fabriksystems, mit der die »moderne Wissenschaft der Technologie«, die systematische Anwendung der Ergebnisse der Naturwissenschaften in der materiellen Produktion, die ständige Jagd nach Innovationen, die Beschleunigung des technischen Fortschritts, die lange Folge immer neuer industriell-technischer Revolutionen beginnt.

Wie verlaufen technische Revolutionen im Kapitalismus? Warum gibt es sie eigentlich? Wie setzen sie sich durch? Marx studierte das im Detail und hatte die erste wie auch die Anfänge der zweiten industriellen Revolution in den Jahren der Großen Depression nach 1873 im Blick. Die ständige Jagd nach technischen Verbesserungen und Neuerungen im Fabrikssystem zeichnet den industriellen Kapitalismus aus. Marx' erklärt sie mit der Logik der »relativen Mehrwertproduktion«: Industrielle Unternehmer gewinnen im Konkurrenzkampf, indem sie die Produktivität ihrer Beschäftigten ständig steigern – durch die Einführung technischer Neuerungen und deren Perfektionierung. Da das alle um die Wette betreiben, werden die technische Grundlage vieler (der Tendenz nach aller) Industrien ständig umgewälzt und die Produktionskapazität wie die Produktivität unablässig gesteigert. So gewinnt die Tendenz zur Überproduktion und Überakkumulation immer mehr an Wucht, die periodisch zu großen und kleinen Krisen führt. In den Krisen des modernen Kapitalismus manifestieren sich die »Wertrevolutionen«, die die unvermeidliche Folge ständiger technischer Innovationen sind. Sie führen zu Kapitalvernichtung, zum Veralten ganzer Technologien, zum Verschwinden ganzer Berufszweige. Marx hat etliche der Krisen seiner Zeit genau studiert, die von 1847/48, die von 1857/58, die von 1873 bis 1879. Technische Revolutionen und rasche Veränderungen der industriellen Betriebsweise befördern Krisen. Die Entwertung und Vernichtung von Kapital in Krisenzeiten schafft Raum für die Anwendung und Verbreitung neuer Techniken. Technischer

Fortschritt und Innovation werden beschleunigt, ebenso die Rationalisierung und Reorganisation auf gegebener technischer Grundlage. Aber neue Techniken bzw. Technologien schaffen nur die Möglichkeit mehr oder minder radikaler Veränderungen der kapitalistischen Betriebs- und Verkehrsweise. Sie setzen sich durch, wenn die maßgebenden Akteure des modernen Kapitalismus mitspielen, die Unternehmer, die Kapitalisten, die Finanziers, die Lohnarbeiter. Was sie nur tun, wenn sich für die dank neuer Technologien möglichen Produkte hinreichend große und hinreichend stabile Märkte finden bzw. erschließen lassen. Modernes hochtechnologisches Industriekapital drängt auf die Weltmärkte bzw. schafft Weltmärkte und erweitert sie (wie die damalige Kommunikationsindustrie, voran die Eisenbahn- und die Telegraphenindustrie, die Marx im Blick hatte).

■ Marx und Digitalisierung

Marx' Kritik der politischen Ökonomie ist unvollendet geblieben, viele der zentralen Probleme seiner Theorie hat er nicht mehr ausreichend behandeln können. Darum ist die Frage berechtigt, ob seine Analyse des industriellen Kapitalismus auf die gegenwärtigen Phänomene passt. Schon die Marxsche Warenanalyse hat ihre Grenzen. Sie passt nicht ohne weiteres auf fiktive oder Quasi-Waren, sie versagt bei öffentlichen und Gemeingütern. Kann die Marxsche politische Ökonomie in der Form, auf die die Marxisten heute schwören, mit Wissensarbeit und deren Produkten umgehen? Kann man mit dem Marx der Marxisten erklären, was ein Wissensarbeiter, der z.B. Programme schreibt, eigentlich an Wertschöpfung leistet? Was wird im und mittels des Internets eigentlich produziert, was wird ge- und verkauft? Keine Produkte, sondern Nutzungsrechte (z.B. beim Installieren von Windows 10 auf einem PC). Was aber, wenn der Zugang frei und kostenlos ist (wie beim Eröffnen eines Facebook-Kontos oder bei der Nutzung freier Software)? Wird der »Wert« von Software-Produkten, die offensichtlich von hochprofitablen Privatunternehmen hergestellt und verbreitet werden, von der durchschnittlichen oder doch eher von der

marginalen Menge der zu ihrer Produktion notwendigen Arbeit bestimmt? Wie Marx sehr wohl wusste und im Blick auf wissenschaftliche Erkenntnisse betonte, steht die für eine wissenschaftliche oder technologische Entdeckung oder Erfindung notwendige Arbeit in gar keinem Verhältnis zu der für ihre Reproduktion notwendigen Arbeit. Es ist aber letztere, die nach Marx' Auffassung den Wert jeder Ware bestimmt. Lässt sich die Ökonomie der Informations- oder Wissensgüter also noch in Wertbegriffen fassen?

■ Das »Maschinenfragment«

Propheten des Postkapitalismus meinen, in Marx' frühen Manuskripten eine geniale Vorwegnahme von zeitgenössischen Entwicklungen entdecken zu können, die geradewegs auf eine Aufhebung des Kapitalismus hindeuten. Die Rede ist vom sogenannten »Maschinenfragment«, einer Passage aus Marx' ökonomischen Manuskript von 1857/58. Marx erlaubte sich dort ein Gedankenexperiment: Angenommen, das Fabrikssystem wird nach kapitalistischer Logik immer weiter getrieben bis hin zur »automatischen Fabrik«. Dann wird das, was er »unmittelbare Arbeit« nennt, immer unwichtiger im Verhältnis zur Masse des eingesetzten Kapitals, und der Charakter der Arbeit verändert sich. Die Arbeit jedes Einzelnen wird direkt gesellschaftliche Arbeit, was zählt, ist nicht länger die unmittelbare Arbeit jedes Einzelnen, sondern der in der automatischen Fabrik, im Maschinensystem verkörperte industrielle Gesamtprozess. Der aber ist nicht von Wissen und Erfahrung einzelner Arbeiter oder Arbeitergruppen abhängig, sondern vom gesellschaftlich vorhandenen, über Generationen entwickelten Wissen. Marx spricht von »allgemeiner Produktivkraft«, »allgemeinem gesellschaftlichen Wissen« oder vom »general intellect«, den »allgemeinen Mächten des menschlichen Kopfes«, die in der Zukunft in jedem einzelnen Arbeiter als einem »gesellschaftlichen Individuum« vorhanden sein werden. (...) Wissen, höheres Wissen, Wissenschaft ist niemals »unmittelbare Produktivkraft«, wie Marx an einer Stelle schreibt, wohl aber Voraussetzung gesteigerter Arbeitspro-



© kalih pixabay.com

duktivität. Wissen, allgemeines und spezialisiertes Wissen, muss selbst durch gesellschaftliche Arbeit gewonnen, entwickelt und vor allem weitervermittelt werden. Schon der bloße Erhalt eines erreichten Wissensstandes kostet erhebliche Mengen gesellschaftlicher Arbeit. Marx stellt sich eine Fabrik der Zukunft vor, in der die Masse der Fabrikarbeiter seiner Zeit verschwunden sein wird, da deren »einfache Arbeit« überflüssig wird; die Fabrikarbeit, die bleibt, wird hochqualifizierte Arbeit von Spezialisten sein. Dass manuelle Arbeit ganz verschwinden werde, behauptet er nicht; ebenso wenig, dass intellektuelle Arbeit (die auf Wissen beruht und Wissen hervorbringt) und manuelle Arbeit jemals vollständig getrennt sein können. Selbst reines Bedienen bzw. Überwachung von und Kommunikation mit Automaten, die Roboter steuern, ist nicht auf reine Geistestätigkeit zu reduzieren, ebenso wenig wie Forschungsarbeit.

■ Marx und die Mythen der digitalen Ökonomie

Ein beträchtlicher Teil des Marxschen Werks besteht aus Kritiken, Kritiken der Ökonomen der klassischen Periode, aber auch Kritiken der »falschen Kritik der politischen Ökonomie«, wie sie andere Sozialisten betrieben. In den heute modischen philosophischen Lesarten wird gerade die Art der Kritik unterschlagen, die Marx besonders wichtig war. Die Kritik an der Konfusion, der Gedankenlosigkeit, dem Dogmatismus der Ökonomen, die damals wie heute auf einem Berg ungelöster Probleme saßen. Marx beanspruchte, ihre Dogmen und Irrtümer widerlegt, ihre Antinomien aufgelöst und ihre unlösbaren Probleme einer rationalen Behandlung zugänglich gemacht zu haben (...).

Daraus folgt: Marx hätte die Mythen über eine digitale

Ökonomie bzw. einen digitalen Kapitalismus, wie sie heute von Vielen geteilt und verbreitet werden, kaum akzeptiert. Im Gegenteil, er hätte seine Aufgabe als kritischer Ökonom gerade darin gesehen, exaltierten Unsinn und unhaltbare Behauptungen in Grund und Boden zu kritisieren, gerade dann, wenn sie von »links« kommen. (...)

In der Welt des digitalen Kapitalismus ist vieles anders, aber nach wie vor kommt keine Software ohne Hardware aus, nach wie vor braucht es eine materielle Infrastruktur von Kabeln, Sendemasten, Servern usw. Informationen, Daten müssen gespeichert, übertragen werden können, die Speichermedien (Buch, Festplatte, Cloud etc.) und Kommunikationsnetze müssen erzeugt, instandgehalten, ersetzt bzw. organisiert und reorganisiert werden. Kein »digitales« oder »Informationsgut« kann zur Ware (und damit für Kapitalisten interessant) werden ohne private Eigentumsrechte, ohne Copyright. Es handelt sich um »nicht-rivalisierende« Güter (der Gebrauch durch einen hindert oder beeinträchtigt den Gebrauch durch andere nicht), aber jeder einzelne potentielle Konsument kann und muss vom Gebrauch effektiv ausgeschlossen werden können. (...)

Die »Technik« als solche, ganze Technologien schaffen nur Voraussetzungen für gesellschaftliche Transformationen, sie erzeugen oder erzwingen sie nicht. Keine Technologie und keine Güterart macht »an sich« Privateigentum, Markt oder Kapital unmöglich. Die Akteure des Kapitalismus haben sich in der Geschichte stets als recht findig erwiesen. Digitalisierung der Ökonomie scheint bisher mit dem Kapitalismus gut verträglich zu sein. Mit der Umwandlung analoger in digitale Signale werden Daten oder Informationen auch nicht unbegrenzt verfügbar, selbst wenn ihre Vervielfältigung und Verbreitung leichter und schneller geschieht als je zuvor. So

leicht man heute digitale Güter technisch vervielfältigen kann, so schwierig und arbeitsintensiv (weil ungewiss) ist es nach wie vor, derlei Produkte zu erfinden und zu entwickeln. Diese Eigenart der Wissensproduktion ist mit der Digitalisierung nicht verschwunden. Nach wie vor gibt es auch sehr materielle, gesellschaftliche Grenzen der Digitalisierung – etwa die begrenzte Zahl von Softwareentwicklern oder ITC-Spezialisten, deren Arbeitszeit wiederum begrenzt ist.

Einige Mythen der Digitalisierung, die heute im Schwang sind, hätte der alte Marx nicht geschluckt. Zum Beispiel den Mythos der Null-Grenzkostenökonomie. Hohe oder (fast) beliebige technische Reproduzierbarkeit von Gütern (digitalen oder anderen) führt zu sinkenden Grenzkosten (den Kosten einer jeweils zusätzlich produzierten Einheit) und damit insgesamt zu sinkenden Fixkosten. Im Prinzip ja. Aber die Grenzkosten bestimmen nur einen Teil der Gesamtkosten, gerade wenn sie rapide sinken. Digitale Technik (insbesondere Software) braucht Überwachung und Instandhaltung, also ständigen Arbeitsaufwand. Der steigt, wenn die Software oft erweitert, erneuert und angepasst werden muss, was in einer kapitalistischen Konkurrenzökonomie ständig der Fall ist. Auch Software-Giganten wie Microsoft entkommen dem nicht. Jenseits der Lebensaltersgrenze von Anlagen (physisch und gesellschaftlich) steigen die Kosten sprunghaft an, und deshalb kleben viele Firmen bis heute an veralteten Anlagen und veralteter Software, für sie fixes Kapital.

Digitalisierung im Kapitalismus ist nicht gratis, weder eine Gratisgabe der Natur, noch der Gesellschaft. Digitale Güter, Daten und Informationen brauchen nach wie vor physische Repräsentation. Ihre Erzeugung, Verarbeitung, Speicherung und Verbreitung benötigt Energie. Daher nimmt die Entropie weiter zu. Elektronisch – digitale Kommunikationsmittel, wie wir sie heute kennen und nutzen, setzen industrielle Massenproduktion voraus und erzeugen eine gigantische und rasch wachsende Masse an elektronischem Müll, und dessen Transport, Lagerung und Weiterverarbeitung hat enormen Folgen für die heutige Weltökonomie. Sie

benötigen Rohstoffe, befeuern also die weltweit betriebene Bergbauindustrie. Daher ist auch die eine digitale kapitalistische Ökonomie nicht schwerelos und stößt an materielle Grenzen.

Marx hätte auch das sogenannte Produktivitätsparadox nicht kalt gelassen. Er war als Ökonom ein fanatischer Faktenhuber und hätte selbstverständlich zur Kenntnis genommen, dass die führenden kapitalistischen Länder in den letzten Jahrzehnten keine wirklich eindrucksvollen Produktivitäts- und Wachstumssprünge mehr schaffen. Es wäre ihm aufgefallen, dass trotz des Einsatzes von avancierten Informations- und Kommunikationstechnologien auf breiter Front, trotz exponentiell steigender Rechnerleistungen und ständiger Innovationen, es nicht zur dementsprechend rasch steigenden Produktivität und damit Profitabilität kommt. Für Marx wäre das Ausbleiben von kräftigen Steigerungen der Arbeitsproduktivität aller Digitalisierung zum Trotz ein Problem gewesen, denn er erwartete von einer technischen Neuerung, die sich über viele Industriezweige hinweg verbreitet, eine Welle von »Wertrevolutionen«, von Kapitalvernichtung und Kapitalerneuerung, den Aufstieg neuer Industriezweige und den Verfall alter Industrien, also eine regelrechte große Transformation des Kapitalismus. Die wird bisher nur wortreich beschworen, aber in den relevanten Produktions- und Produktivitätsstatistiken taucht sie nicht auf.

Marx hätte sich daher gefragt, wie die heute führenden hochtechnologischen Unternehmen, die ganz und gar von digitaler Technik abhängig sind, eigentlich ihr Kapital verwerten. Was produzieren, was verkaufen etwa die »großen Vier des Silicon Valley«, wie und womit verdienen sie Geld und machen sie Gewinne? Erstens, indem sie Zugänge zum Internet generell bzw. zu speziellen Plattformen darin sperren und gegen Gebühr für zahlende Nutzer wieder öffnen. Ein Sachverhalt, der mit digitaler Technik wenig, mit politischer Macht und Zugriff auf de facto halb öffentliche Güter (zum Teil auch Gemeingüter), also mit einer politisch erlaubten bzw. gewollten Privatisierung der digitalen Infrastruktur viel zu tun hat. Zweitens, indem sie Daten sammeln

und weiterverkaufen und Werbung verkaufen (ein hybrides Informationsprodukt, Dienstleistungen kombiniert mit physischen Repräsentationen). Dann können sie wie Facebook und Google auch auf das Eintreiben von Mautgebühren für den Zugang zu ihrer Plattform verzichten. Die Werbekunden, in der Regel andere kapitalistische Unternehmen aus allen möglichen Branchen, kaufen einen Platz auf der Plattform und zahlen dafür einen Teil der (antizipierten) Extraprofiten, die sie dank ihrer Werbeaktionen machen. Wirkliche Wertschöpfung findet da nur marginal statt, bei einigen Werbeagenturen, die tatsächlich einen Dienst leisten bzw. ein Produkt erzeugen.

Schließlich hätte sich Marx für die Folgen der Digitalisierung in der guten alten materiellen Produktion selbst interessiert. Er sah ja bereits die Folgen der ersten Anfänge des Fabriksystems für die Industriearbeiter, er sah die Rationalisierung oder Perfektionierung von Fertigungsabläufen, die mit intensiverer Überwachung und Kontrolle einherging. Er sah die Arbeitsverdichtung, die Arbeitsverlängerung, die steigende Arbeitsintensität, den steigenden Druck und die wachsende Unsicherheit für die Industriearbeiter. Im ersten Band des Kapital hat Marx als einer der ersten Ökonomen des 19. Jahrhunderts die Möglichkeit, sogar die Unvermeidlichkeit von massenhafter technologischer Arbeitslosigkeit gesehen. Marx hielt technologische Massenarbeitslosigkeit, das Verschwinden ganzer Berufe und Arbeitskategorien im hochtechnologischen Kapitalismus für möglich und unausweichlich und hätte darum unsere heutigen Sorgen wohl verstanden.

Dr. Michael R. Krätke ist Professor für Politische Ökonomie an der Lancaster University und Mitherausgeber der spw. Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um eine überarbeitete Fassung des Vortrages auf dem Digitalcapitalism-Kongress, <https://www.fes.de/digitalcapitalism/>.

(Es handelt sich hierbei um einen Text, der zuerst in Langfassung erschienen ist in der Zeitschrift für sozialistische Politik und Wirtschaft – spw 1/2018. Wir danken der Redaktion der Zeitschrift für die Genehmigung des Nachdrucks. Die ungekürzte Fassung des Textes mit den Fußnoten findet sich auf der Homepage: <https://gpb.vdaee.de/>)

Analog – digital – total?

Nadja Rakowitz über die JHV in Göttingen

Das Gesundheitspolitische Forum des vdää und des Vereins *Solidarisches Gesundheitswesen e.V.* fand dieses Jahr vom 15.-17.11. im Kulturzentrum MUSA und dem Haus der Kulturen in Göttingen statt. Es kamen 110 Menschen; davon waren die Hälfte Studierende oder junge Ärzt*innen. Vor Ort organisiert wurde es von der Basisgruppe Medizin, bei der wir uns an dieser Stelle noch mal herzlich bedanken. Alles klappte wunderbar und wir waren sehr gut aufgehoben.

Die Basisgruppe organisierte auch die Veranstaltung am Freitagabend, die sich mit Rassismus im Gesundheitswesen auseinandersetzte: Zunächst stellte der AK Antirassismus der Basisgruppe Medizin Göttingen seine Arbeit vor und dann referierte Andreas Wulf vom Vorstand des vdää die Kritik der gesundheitspolitische Vorstellungen und Aktivitäten der AfD. Das Hauptreferat zum Thema: »Rassismus in der Medizin: die Tradition einer Wissenschaft« hielt Amma Yeboah von der Universität Köln. Nachdem sie zunächst Rassismus in seiner spezifischen Historizität erläuterte, berichtete sie, dass in Deutschland keine empirischen Studien existieren, die die Beziehung zwischen Rassismus und Gesundheit explizit untersuchen, obwohl internationale Studien über Menschen mit Migrationshintergrund und Migrant*innen Hinweise liefern auf eine schlechtere physische und psychische Gesundheit, sowie auf schlechtere medizinische Versorgung von Zielgruppen rassistischer Diskriminierung. In Deutschland gibt es riesige Forschungslücken, einen entsprechenden Mangel bei der Ausbildung von Fachkräften und eine – damit zusammenhängende? – (Un)Bewusstheit über rassistische Strukturen, so Amma Yeboah. Der Vortrag war ein großartiger Auftakt der Tagung.

Am Samstag beschäftigte sich dann das Gesundheitspolitische Forum mit dem Thema: »Analog – Digital – Total? Nutzen und Risiken von Big Data im Gesundheitswesen«. Der Vormittag be-

stand aus zwei Panels mit Vorträgen und Diskussion und am Nachmittag teilten wir uns – auch das inzwischen schon Tradition – in fünf verschiedene Workshops auf. Den Abschluss bildeten dann ein Input und eine Diskussion über die aktuelle Gesundheitspolitik.

Den Auftakt machte am Samstagmorgen Carina Borzini, die über die Studie von Shoshana Zuboff zum »Überwachungskapitalismus« sprach (siehe S. 4 in diesem Heft). Leon Kaiser von Netzpolitik.org, der *Plattform für digitale Freiheitsrechte*, fragte anschließend: »Vermarkten oder Versorgen: Was machen wir mit unseren Gesundheitsdaten?« und erläuterte uns wichtige technische Details des Digitale-Versorgung-Gesetzes und auch anderer Vorhaben des BMG, wie z.B. das Implantate-Register-Gesetzes (siehe dazu den Text auf S. 13).

Das zweite Panel beschäftigte sich dann konkret mit der Digitalisierung in der ärztlichen Praxis. Hierzu referierten Wulf Dietrich zur Telematik-Infrastruktur und Jürgen Kretschmer vom Gesundheitsladen aus München zur Frage, was die Digitalisierung den Patient*innen nütze. Digitalisierung braucht Patient*innenorientierung und -beteiligung, so sein Fazit. Wulf Dietrich erläuterte die Geschichte und Funktionsweise der Telematik-Infrastruktur und kritisierte sowohl das Konzept des Notfalldatensatzes als auch des e-Medikationsplans, weil die ersteren im Notfall irrelevant und die zweiten in der Praxis unvollständig blieben. Große Bedenken gelten auch für die ePatientenakte. Wulf Dietrich kam zu dem Schluss, dass es keinen belegbaren medizinischen Nutzen der TI und der eGK gebe, der in einem vernünftigen Verhältnis zu Kosten und Sicherheitsrisiken steht und er prophezeit, dass die Telematik-Infrastruktur das »Stuttgart 21 der Gesundheitspolitik« werde.

Jürgen Kretschmer diskutierte den Nutzen und die Risiken von GesundheitsApps (siehe Texte S. 15 und 19) für die Patient*innen und kritisierte, dass es bislang keinen evidenzbasier-

ten nachgewiesenen Nutzen gebe, aber die Gefahr groß sei, dass diese zum einen die Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen stören und dass die Apps einen impliziten Zwang zur individuellen Selbstoptimierung transportierten, den man in Zukunft möglicherweise für die unterschiedliche Gestaltung von Krankenkassentarifen nutzen könne – von Datenschutzproblemen ganz zu schweigen. Als Patientenvertreter stellte er folgende Forderungen: die Apps müssen vollständig der Versicherten-gemeinschaft gehören und in dieser verbleiben; es darf keine privatwirtschaftliche Nutzung der Gesundheitsdaten geben; die Quellcodes müssen offengelegt werden und die Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung und AGBs der Apps muss barrierefrei und praxistauglich möglich sein.

Die Workshops am Nachmittag waren zum einen Vertiefung des Vormittags: einer zur Digitalisierung und der zweite zur Digitalisierung in der Psychiatrie (siehe Text S. 11); ein dritter beschäftigte sich mit Ideen einer intersektoralen Bedarfsplanung und diskutierten die Ergebnisse aus den vdää-Arbeitskreisen. Ein weiterer Workshop bot eine Einführung in die Strukturen des Gesundheitswesens an und im fünften Workshop wurde über Klimawandel und Gesundheit diskutiert.

Bei der Mitgliederversammlung am Sonntagmorgen wurde der neue Vorstand des vdää gewählt. Die Mitglieder finden das Protokoll der MV in der Vereinsbeilage. Der Vorstand spiegelt nun etwas besser die aktuelle Mitgliederstruktur und den Wandel des vdää. Mit Carina Borzini gibt es wieder eine Frau im geschäftsführenden Vorstand und mit Felix Ahls eine weitere Verjüngung desselben. Im erweiterten Vorstand sind ebenfalls viele neue, junge Mitglieder. Die Zukunft verspricht spannend zu werden!

(Die Vorträge finden sich auf der Homepage unter: <https://www.vdaee.de/index.php/vdaee/videos-und-audios>)

Ratschlag des Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik«

Ein Bericht von Felix Ahls, Peter Hoffmann und Tobias Hofmann

In die lange Zeit zementierten Verhältnisse im Krankenhausbereich ist reichlich Bewegung gekommen: ver.di positioniert sich zunehmend klarer gegen die Ökonomisierung der Kliniken und hat mit den Beschäftigten an mittlerweile 16 Kliniken Vereinbarungen zur Entlastung der Pflege erkämpft. Die Bundesregierung hat die Pflegekosten aus den Fallpauschalen (DRG) herausgenommen und durch ein Selbstkostendeckungsprinzip ersetzt, laut Wulf-Dietrich Leber vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) ein »Meteoriteneinschlag« im DRG-System. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat nach jahrelanger Blockadehaltung ihre Strategie neu bestimmt, die Verhandlungen zu den allseits abgelehnten Pflegepersonaluntergrenzen abgebrochen und spricht nun mit ver.di und Deutschem Pflegerat über Kriterien für eine allseits verbindliche Pflege-Personalbemessung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat vor kurzem eine Nachfolge-Regelung für die seit 1991 geltende Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vorgelegt. Auch wenn diese »PPP-RL« keine drastische Verschlechterung gegenüber dem Status Quo darstellt, stößt sie auf einhellige Ablehnung der Personalvertretungen, Fachgesellschaften und Betroffenen, da sie das nötige Personal für leitliniengerechte Behandlungen nicht sichern wird.

Diese Schlaglichter zeigen: Es gab Anlass genug, von Seiten des Bündnisses Krankenhaus statt Fabrik am 29. und 30. November 2019 einen Bewegungsratschlag zu veranstalten, sich gegenseitig auf einen aktuellen Wissensstand zu heben, Beobachtungen und Einschätzungen zusammenzutragen und sich Zeit zum Diskutieren zu nehmen. ver.di hatte die Räume der Bundesverwaltung in Berlin zur Verfügung gestellt, Meike Jäger die Teilnehmer*innen stellvertretend für ver.di Berlin/Brandenburg solidarisch und freundlich begrüßt, die Rosa-Luxemburg-Stiftung für Speisen und Getränke gesorgt.

Bereits am Freitagnachmittag wurden die traditionellen, parallelen Einführungs-Workshops angeboten, die eine Einführung in das DRG-Fallpauschalensystem gaben, sich mit den verschiedenen Personalbemessungssystemen in der Somatik wie auch in Psychiatrie und Psychosomatik beschäftigten sowie ein Update zur Krankenhausgesetzgebung der letzten Jahre gaben (Präsentationen siehe www.krankenhaus-statt-fabrik.de).

Anschließend traf sich die AG Ökonomisierung des Netzwerks Kritische Medizin, zu dem Mitglieder verschiedener, lokaler, hauptsächlich studentischer Gruppen gehören, um an eigenen Handlungsmöglichkeiten zu arbeiten.



Am Abend moderierte Nadja Rakowitz eine Podiumsdiskussion zu aktuellen Einschätzungen der derzeitigen krankenhaupolitischen Entwicklungen mit Grit Genster, Bereichsleiterin Gesundheitspolitik in ver.di, Michael Simon, Experte für Personalbemessungssysteme und Kritiker des DRG-Systems, Cordula Mühr, Patientenvertreterin im G-BA, und Uwe Alschner vom Interessenverband Kommunalen Krankenhäuser (IVKK). In einer sehr grundsätzlichen Diskussion betonten alle Podiumsteilnehmer*innen, dass die Durchsetzung einer Gemeinwohlorientierung zentral für eine bedarfsgerechte Entwicklung des stationären Bereichs sein wird. Nur ein sachgerecht ausgestaltetes gut organisiertes Selbstkostendeckungsprinzip anstatt Profitwirtschaft dürfte *der* Hebel sein, um privates Kapital und seine mit öffentlicher Daseinsvorsorge nicht kompatiblen Interessen aus dem stationären Sektor wieder zu vertreiben (siehe dazu auch den verabschiedeten Antrag des ver.di-Bundeskongresses, dokumentiert unter Materialien, KsF-Website).

Diskutiert wurde auch der Vorschlag des IVKK, auf dem Weg einer Verfassungsklage zu versuchen, private Gewinrentnahmen durch Krankenhausträger verbieten zu lassen. Das Scheitern der Volksbegehren hat jüngst allerdings gezeigt, wie heikel der juristische Weg in diesen politischen Fragen sein dürfte. Nicht nur die gewinnorientierten privaten Krankenhausunternehmen werden sich gegen eine Reform stellen. Die Anwesenden waren sich einig, dass die aktuell sehr neoliberal ausgerichteten Management-Etagen der Krankenkassen mit dem Ziel einer finanziellen statt politischen Steuerung des Systems durch die Kassen selbst ebenfalls alles für einen Erhalt des DRG-Systems tun werden.

Der Samstagmorgen war einem Versuch gewidmet, die in der (gewerkschaftspolitischen) Linken vieldiskutierte Organizing-Methode von Jane McAlevey (s. ihr Buch »No Shortcuts« bzw. deutsch »Keine halben Sachen«), eine auf Erfahrungen basierende, radikale Strategie zur Bildung von Gegenmacht durch Beschäftigte, vorzustellen und diese auf das Gesundheitswesen zu übertragen.



Selbstkritisches darf hier nicht fehlen. Wir sind als Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik« ziemlich stark in der Analyse der strukturellen (Fehl-) Entwicklungen, haben dadurch auch zur Eröffnung der grundlegenden öffentlichen Debatte über die Ausrichtung und Steuerung des Krankenhausesektors beigetragen. Allerdings haben wir noch einen weiten Weg vor uns, gemeinsam die gesellschaftliche Macht zu organisieren, die ein gemeinwohlorientiertes öffentliches Gesundheitssystem erkämpfen kann. Eine breite Strategiedebatte mit den Verbündeten in dieser Sache hat begonnen, steht aber noch am Anfang.

Die meiste Zeit am Samstag verwendeten wir für sehr ausführliche Diskussionen in drei thematischen Workshops, die sich deshalb über den Tag hinweg erstreckten.

■ **Wie weiter im Kampf um eine gesetzliche Personalbemessung?**

Im ersten Teil des Workshops ging es um eine Zwischenbilanz: Welche Methoden haben sich in der Vorbereitung und Durchführung von Protesten und Arbeitskämpfen in Krankenhäusern bewährt? Im zweiten Teil standen bun-

despolitische Entwicklungen und die Diskussion unserer nächsten Schritte im Mittelpunkt. Wie weit sind wir mit Personaluntergrenzen und der Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den DRG bereits gekommen? Wie stellt sich die Auseinandersetzung in der Psychiatrie dar? Wie ist der Stand der Verhandlungen zu einem neuen Personalbemessungsinstrument? Und was nehmen wir uns für 2020 vor?

■ **Alternative Krankenhausfinanzierung und -steuerung**

Die Problembeschreibungen des neoliberalen Mainstreams für den stationären Sektor haben nicht selten einen wahren Kern. Dies macht die angebotenen Lösungen daher auf den ersten Blick plausibel. Übersehen wird dabei jedoch, dass marktförmige Steuerung und finanzielle Anreize die Ursachen der Fehlentwicklungen darstellen und daher im Sinne der Gemeinwohlorientierung keine sinnvollen Lösungen der Krise darstellen können. Die meisten Vorschläge zu einer Reform verharren im aktuellen Rahmen der Marktsteuerung und Profitorientierung. Im Workshop wurden zunächst Analysen und Lösungsansätze des Mainstreams, die

aktuell die Debatte bestimmen, beleuchtet und im Anschluss kritisch bewertet. Im zweiten Teil wurde dann diskutiert, wo der eigentliche Kern der herrschenden Problemdeutungen liegt und wie fortschrittliche Antworten im Grundsatz aussehen könnten (siehe dazu ein vää-Diskussionspapier auf der KsF-Website). Im nächsten Schritt sollen die damit verbundenen weiteren Fragen und Kontroversen aufgelistet, geklärt und diskutiert werden.

■ **Widerstand im ärztlichen Bereich**

In diesem Workshop diskutierten Kritische Mediziner*innen, also Studierende mit jungen und älteren Ärzt*innen zusammen über Formen und Möglichkeiten von Widerstand. Da die Ärzt*innen eine besondere Rolle im DRG-System haben – sie werden nicht nur als Kostenfaktor, sondern auch als diejenigen angesehen, die das Geld bringen –, haben bzw. hätten sie auch eine spezifische Rolle im Konflikt um die Ökonomisierung. Immer mehr Fachgesellschaften, aber auch die Ärzte-Gewerkschaften äußern sich entsprechend. Der »Ärzte-Appell« im stern ist ebenfalls ein Beispiel. Nachdem die Pflege aus den DRG herausgenommen wurde, fordern dies nun auch die Ärzt*innen für ihre Berufsgruppe. Was in dem Workshop für das nächste Jahr besprochen wurde, wird auf der Homepage des Bündnisses zu erfahren sein.

Nun gilt es, an den verschiedenen Diskussionslinien weiterzuarbeiten, um die Programmatik des Bündnis KsF weiterzuentwickeln und parallel Durchsetzungsstrategien zu diskutieren, dies in engem Austausch mit den vielen lokalen Bürgerbündnissen, die zum Rat-schlag kamen und sich direkt im Anschluss daran noch zum Austausch getroffen haben.

Nächster Termin wird das Bündnistreffen am 08.02.2020 in Hannover sein. Mehr Informationen unter: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/>

Delegationsreise nach Südkurdistan (Nordirak)

Prof. Dr. med. Jochen Dahm-Daphi, Dr. med. Marcial Velasco Garrido

In der zweiten Oktoberwoche, in der der Angriff der Türkei auf Rojava (Nordsyrien) begann, bereiste eine zivilgesellschaftliche Delegation aus Pädagog*innen, Journalist*innen, Künstler*innen, Ärzten, IT-Spezialisten, Verwaltungs-Fachleuten und Vertreter*innen verschiedener NGOs sowie dem Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein in Begleitung von Parlamentarier*innen aus dem Bundestag, der Hamburgischen Bürgerschaft, dem Schleswig-Holsteinischen Landtag, sowie der Altonaer Bezirksversammlung den Südkurdistan (Nordirak). Aus dem vdaä nahmen die Hamburger Mitglieder Dr. Marcial Velasco Garrido und Prof. Dr. Jochen Dahm-Daphi teil. Sie berichten hier über ihre persönlichen Eindrücke.

Die Reise erfolgte auf Einladung der Yezidischen Konföderation im Nordirak, mit dem Ziel die Region um den Şingal-Berg (Shengal-Gebiet) zu erreichen, wo sich wesentliche Siedlungsgebiete der ethnisch-religiösen Minderheit der Yezid*innen befinden, um dort u.a. Projekte zu besuchen, die mit Traumatisierten arbeiten. Der Islamische Staat (IS) drang bei seiner Offensive 2014 in diese Gebiete vor und richtete mit besonderer Grausamkeit gegenüber den »Ungläubigen« ein Genozid unter der dortigen Bevölkerung an. Über 5.000 Yezid*innen wurden ermordet, 7.000 Frauen und Kinder versklavt und systematisch vergewaltigt. 400.000 Menschen mussten aus ihrer Heimat fliehen. Noch heute gelten 2.000 Frauen als verschollen. Weder die irakische Armee noch die südkurdische Peshmerga (kurdisch Pêşmerge), die zu dem Zeitpunkt die militärische Kontrolle in der Region ausübte, gewährten Schutz. Ganz im Gegenteil: die Pêşmerge gaben ihre Positionen im yezidischen Gebiet kampflos auf. Auch die Weltöffentlichkeit und insbesondere die Staaten der NATO schauten tatenlos zu. Einzig die kurdischen Volksverteidigungs-Milizen (YPG/YPJ) aus Rojava standen den Menschen zur Seite und hielten den IS vor weiteren Gewalttaten zurück. In der jetzigen Situation mit sozialen Unruhen im Süden des Irak und dem von der Türkei begonnenen Krieges gegen Rojava wurde der Delegation der Zugang zu den Ye-

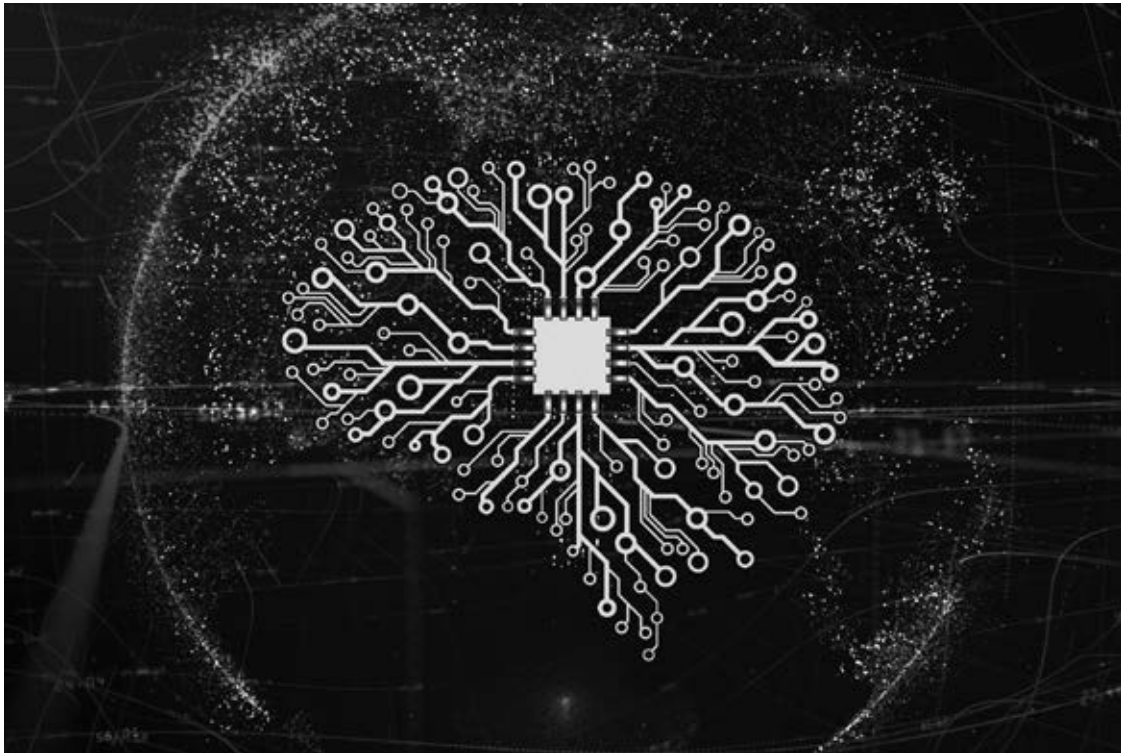
ziden im Shengal-Gebiet nahe der Syrischen Grenze durch die irakische Armee verwehrt. Unterstützung der humanitären Mission durch die Deutsche Botschaft und das Konsulat – Fehlzanzeige.

Die Delegation besuchte unter größten diplomatischen Bemühungen das kurdische Flüchtlingslager Machmur (kurdisch Mexmûr) zwischen Mossul und Erbil (kurdisch Hewlar), das weiter im Landesinneren gelegen ist. Dieses befestigte Lager mit ca. 13.000 Einwohnern wurde 1993 von Geflüchteten aufgebaut, die vor Vertreibungsaktionen der türkischen Armee im anatolischen Nordkurdistan geflohen waren. Nach jahrelangen wiederholten Angriffen, eroberte auch hier der IS im Jahre 2014 dieses Lager, das jedoch durch die PKK und YPG mit US-Luftunterstützung wieder befreit werden konnte. Es wird als »PKK Hochburg« diskreditiert und immer wieder von der türkischen Armee bombardiert, ebenso wie zahlreiche andere Dörfer im Nordirak. Auch wir mussten Zeuge der jahrelangen Völkerrechtsverletzung werden, als während unseres Besuches türkische Kampfbomber 200 km weit im irakischen Luftraum das Lager überflogen.

Es gelang dort in den letzten Jahren trotz all der Widrigkeiten der Aufbau eines funktionierenden Gesundheitssystems, dessen Bestand nun durch das aktuelle, seit drei Monaten anhaltende Embargo seitens der Barzani-Regierung (KDP) in Südkurdistan ge-

fährdet ist. Schon seit Jahren verhindert die KDP-Regierung immer wieder den Zugang von NGOs zum Camp von Südkurdistan aus, so benötigten wir auch zwei Versuche, um über den Check-Point der KDP-Pêşmerge zu kommen. Der Zugang vom südlichen Irak aus wird durch die kritische Sicherheitslage im Irak erschwert. Zwar wird das Gebiet südlich des Camps offiziell von der irakischen regulären Armee kontrolliert, die Lage ist jedoch unübersichtlich mit verschiedenen islamistischen Milizen, die in dieser Region operieren und Teile des Landes kontrollieren.

In Mexmûr besuchte die Delegation das Gesundheitszentrum, in dem, weitgehend ehrenamtlich, fünf Ärzt*innen vier Hebammen, zwei Physiotherapeuten, zwei Apothekerinnen und sechs Pflegekräfte das Camp sowie zahlreiche umgebende irakische Dörfer versorgen. Es gibt sechs Behandlungsräume, wenige Notfallbetten, einen Frühgeborenen-Inkubator, ein Labor für elementare Untersuchungen, ein veraltetes Ultraschall-Gerät sowie eine einfache Röntgenanlage. Kompliziertere Operationen oder eine Sectio bei einer Geburt sind jedoch nicht möglich. Seit neuestem gibt es einen nagelneuen Ambulanzwagen – von italienischen Hilfsorganisationen gespendet – mit dem im Notfall oder zur Dialyse nach Mossul oder Erbil gefahren werden kann. Wir konnten eine beträchtliche Menge dringend benötigter An-



© Image via www.vpnsrus.com

tibiotika sowie Geldspenden zur Beschaffung von Betten, Rollstühlen und anderen Hilfsmitteln, übergeben. Besonders Patient*innen mit chronischen Erkrankungen leiden unter den immer wieder verhängten Embargos sowie unter der fehlenden Kontinuität der Versorgung mit Arzneimitteln. In Mexmûr gibt es ca. 1200 Menschen – annähernd 10% der Bevölkerung – mit einer chronischen Erkrankung, die auf eine kontinuierliche Behandlung angewiesen sind. Arterieller Hypertonus, Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit, Niereninsuffizienz, Asthma bronchiale und Struma sind auch hier die häufigsten chronischen Erkrankungen. Seit 2013 besteht im Camp ein Gesundheitsrat, der sich aus 50 Personen zusammensetzt und in dem Volksrat integriert ist. Der Gesundheitsrat kümmert sich um alle Belange der Gesundheit, nicht nur um das Gesundheitszentrum. So werden immer wieder Überprüfungen des Trinkwassers sowie der Hygiene in den Ladengeschäften vorgenommen. Zudem bringt der Gesundheitsrat Ideen für eine gesundheitsförderliche Gestaltung des Camps ein. So regte er z.B. die Bepflanzung von Freiflächen mit Bäumen oder die Abdeckung der Kanalisation an. Der Gesundheitsrat arbeitet an einem weiteren Projekt, einer Gesundheitsakademie, um die Bildung in Gesundheits-

themen – im Sinne eines Empowerments – voranzutreiben.

Mindestens ebenso eindrucksvoll für uns war der Besuch des Tageszentrums *Navenda Hevi* (Hoffnung) zur Förderung von Kindern mit Handicap. Insbesondere 30 Kinder mit Autismus und Down-Syndrom werden von sechs Psycholog*innen und Heil-Therapeut*innen in ihrer Entwicklung, im musischen und lebenspraktischen Bereich sowie insbesondere in feinmotorischer Bewegung und Sport gefördert. Es kennzeichnet einen tief ausgeprägten Humanismus, sich unter äußerst bescheidenen und bedrängten Lebensverhältnissen den Bedürfnissen und der Förderung von schwerbehinderten Menschen zu widmen.

Wir trafen den inzwischen bekannten kurdischen Geist des gleichberechtigten Umgangs der Geschlechter sowohl im täglichen Umgang wie auch in den Demokratischen Selbstverwaltungsstrukturen. So wurden wir etwa von unseren Gastgebern gefragt, warum in unserer Delegation »mehr Männer reden als Frauen« ...

Mit dem neu entfachten Krieg gegen die kurdische Bevölkerung durch die Türkei wird eine »Insel« von Demokratie, Gleichberechtigung (auf unterschiedliche Ebenen wie Religion und Gender) und Selbstbestimmtheit bedroht und vernichtet, die sich viele im

Westen und überall auf der Welt jahrelang erträumt hatten. Die Despoten des Nahen und Mittleren Ostens – allen voran Erdogan mit seinen dschihadistischen Kombattanten – betreiben nicht nur Völkermord, sondern auch einen Verrat an allen Prinzipien humaner Ideale. Zahlreiche Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten sind öffentlich bekannt und sollten auf allen Ebenen politisch und humanitär genutzt werden. Das Flüchtlingscamp in Machmur benötigt dringend ein neues Sonographiegerät mit 3,5- und 10 MHz – Schallköpfen für etwa 20.000 €.

Spenden dafür an Kurdistan-Hilfe e.V., Stichwort »Sonographie Machmur«, bei der Hamburger Sparkasse IBAN DE40 2005 0550 1049 2227 04.

Prof. Dr. Jochen Dahm-Daphi und Dr. Marcial Velasco Garrido sind beide aktiv in der vdää-Regionalgruppe Hamburg.

Weiterführende Literatur:

Schmidinger T. »Die Welt hat uns vergessen« – Der Genozid des »Islamischen Staates« an den JesidInnen und die Folgen. Wien, Berlin: Mandelbaum Verlag 2019.

Diverse Autor*innen. Selbstbestimmung statt Flucht. Demokratische Autonomie im Camp Mexmur. Berlin: Tatort Kurdistan 2019.

Beiträge der ARTE Mediathek zu Stichworten Syrien, Rojava, Frauen etc.

Gute Medizin braucht Politik

Wider die Kommerzialisierung der Medizin

Junge Ärzt*innen im vdää

Freust Du Dich, dass es bald losgeht, als »richtige/r« Ärzt*in zu arbeiten? Und sieht der Tag nach den ersten Monaten im Beruf auf einmal ganz anders aus als Du es Dir vorgestellt hast? Die Stationsarbeit wird zum Getriebe: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit und wenig Kontakt zum Patienten.

Und immer wieder springst Du ein, wenn mal wieder Ebbe im Dienstplan ist. Leere Stellen werden insbesondere in der Pflege nicht mehr nachbesetzt oder aus Kalkül offen gehalten, um die Personalkosten zu drücken. Aber auch wenn der Mangel und das gegenseitige Aushelfen die Berufsgruppen zeitweilig verbindet, bei den nächsten Tarifverhandlungen kämpft wieder jede Gruppe für sich und die Gelder für die Klinik sind gedeckelt – und was Deine Berufsgruppe sich erkämpft, fehlt nachher den anderen...

Warum in den vdää?

Auch wir im vdää fragen uns, warum in einem der teuersten Gesundheitssysteme für die Beschäftigten befriedigende Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Patient*innenversorgung immer schwieriger werden. Wir sind Ärzt*innen aller Fachrichtungen, stationär und ambulant tätig, wir begleiten die Entwicklung im Gesundheitssystem sehr kritisch und wollen – auch gegen die offiziellen Ständesvertreter*innen – kritischen Positionen Gehör verschaffen. Und wir wollen etwas zum Positiven ändern. Tendenzen der Ökonomisierung und Privatisierung, Fragen der Medizinethik etwa zu Sterbehilfe oder PID diskutieren wir kritisch und oft auch mit kontroversen Positionen. Wir sind parteipolitisch ungebunden, arbeiten aber zusammen mit anderen Organisationen bei bestimmten Themen.

Uns eint die Überzeugung, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen und mehr Solidarität nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen. Wir müssen uns engagieren statt zu resignieren!

Es ist Zeit, sich einzumischen

www.vdaee.de | www.facebook.com/vdaee

